

**“Utilização de indicadores de desempenho hospitalar  
como instrumento gerencial”**

**Carmen Silvia Gabriel Rotta – Doutoranda**

- 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.

-  
Área concentração:

***Administração Hospitalar***

Orientador:

**Prof. Assoc. Vitória Kedy Cornetta**

São Paulo

2004

**Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a  
reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.**

**Assinatura:**

**Data:**

## **Agradecimentos:**

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração e contribuição de várias pessoas. A elas eu gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos.

A Professora Vitória Kedy Cornetta pela orientação e apoio.

Ao Professor Olímpio José Bittar que por tudo que tem me ensinado sobre administração hospitalar

Aos amigos que em algum momento, de alguma maneira, puderam contribuir para a realização deste trabalho: Marisa, Fátima, Lucilena, Rubem e Elpídio.

Aos meus familiares, em especial a minha mãe Terezinha e aos meus filhos Rafael, Teresa e Roberta.

## **RESUMO**

A pesquisa tem como objetivos principais descrever e analisar os indicadores de desempenho utilizados pelos hospitais de Ribeirão Preto – SP, Brasil, bem como analisar a opinião dos dirigentes desses hospitais em relação à utilização desses indicadores na gestão desses hospitais. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa e quantitativa, em nove hospitais não especializados, selecionados intencionalmente. Os dados de natureza qualitativa foram submetidos à técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo e os de natureza quantitativa à análise estatística descritiva contemplando-se medidas de tendência central e variabilidade ou dispersão dos dados. Existe na cidade uma predominância de hospitais privados, uma alta cobertura da população pelo Sistema de Atenção Médica Suplementar mas, o financiamento da maior parte dos leitos hospitalares da cidade é realizado pelo Sistema Único de Saúde. Os resultados demonstram que os dirigentes dos hospitais do estudo estão caminhando para a utilização de indicadores de desempenho na gestão das instituições, mas ainda de forma muito incipiente. Os hospitais privados filantrópicos e o público demonstraram uma melhor definição da estrutura organizacional e um trabalho mais prospectivo relacionado aos dados financeiros, além de uma gestão mais especializada na área hospitalar quando comparados aos hospitais com fins lucrativos. A uma menor produtividade dos hospitais filantrópicos e do público quando se analisa indicadores de utilização de leitos e indicadores de produtividade do centro cirúrgico. Os hospitais privados com fins lucrativos apresentaram maior produtividade quando se analisa o número de funcionários por leito. A análise da opinião dos dirigentes demonstrou que barreiras como a falta de profissionalização dos administradores de hospitais, a ausência de padrões para hospitais brasileiros bem como a ausência de incentivos dos órgãos financiadores em relação ao desempenho baseado em indicadores, são considerados obstáculos para utilização de indicadores pelos administradores hospitalares. Os indicadores relacionados à custos, receita, utilização de leitos e recursos humanos foram considerados pelos dirigentes entrevistados como muito importantes na gestão de um hospital, mas percebe-se uma incoerência entre o discurso desses dirigentes e a prática verificada nos hospitais estudados

## **Abstract**

This research aims to describe and analyze performance indicators used by hospitals in Ribeirão Preto – SP, Brasil, as well as to analyze the opinions of hospital managers about the use of these indicators in hospital management. This qualitative and quantitative exploratory study was carried out at nine intentionally selected hospital. Qualitative data were submitted to Collective Subject Discourse analysis, while descriptive statistics was used for analyzing quantitative data, contemplating central tendency and variability or dispersion measures. The city is characterized by a predominance of private hospital. A large part of the population is covered by the Supplementary Medical Care System, but a majority of hospital beds is financed by the Single Health System. Results demonstrate that hospital managers in this study are moving towards the use of performance indicators in institutional management, but still in a very initial stage. The private philanthropic hospitals and the public one disclosed a better organizational structure definition and more prospective activities in relation to financial data, apart from more specialized management of the hospital area in comparison with the commercial hospitals. Philanthropic and public hospitals display lower productivity when analyzing indicators about bed use and surgery center productivity. Private commercial hospitals present higher productivity rates when analyzing the number of employees per bed. The opinion poll among the managers demonstrated that barriers such as the lack of professionalization among hospital managers, the absence of standards for Brazilian hospitals, as well as the absence of incentives by funding organs in relation to indicator-based performance are considered obstacles to the use of indicators by hospital administrators. The hospital managers who were interviewed considered indicators related to costs, revenues, bed use and human resources as very important in hospital management, but it is noted that their discourse is incoherent with practice observed at the hospitals in this study.

## Sumário

1-	Introdução	1
1.1	Aspectos históricos da atenção hospitalar	1
1.2	A gestão da atenção hospitalar	1
1.3	A utilização de indicadores na gestão da atenção hospitalar	15
2-	Justificativa	29
3-	Objetivos .	30
4-	Pressupostos da pesquisa	31
5-	O cenário da investigação	32
6-	Métodos	36
6.1	– Caracterização do estudo	36
6.2-	A amostra	38
6.3-	Caracterização dos hospitais que constituíram a amostra	39
6.4	– Caracterização dos dirigentes entrevistados nos hospitais que constituíram amostra	41
6.5	– Procedimento de coleta de dados	42
6.6	– Variáveis	44
6.7	– Organização e análise dos dados	46
7-	Resultados e discussão	49
7.1	– Caracterização dos dirigentes entrevistados	49

7.2 – Caracterização dos hospitais	53
7.3 – Estrutura organizacional das instituições	69
7.4 – Instrumentos de controle financeiro das instituições	72
7.5 – Indicadores	74
7.6 – Utilização de relatórios gerenciais	96
7.7 – Utilização de indicadores externos à instituição	101
7.8 – Opinião dos dirigentes sobre a utilização de indicadores de desempenho na gestão hospitalar	102
8- Conclusões	108
9- Considerações finais	114
10- Referências Bibliográficas	116

**Anexos:****Anexo 1** – Questionário**Anexo II** – Planilha das Expressões chave**Índice das Tabelas e quadros:**

Tabela 1	49
Tabela 2	50
Tabela 3	63
Tabela 4	70
Tabela 5	72
Tabela 6	75
Tabela 7	84
Tabela 8	90
Tabela 9	94
Quadro 1	54



## **1. Introdução**

### **1.1 Aspectos históricos da atenção hospitalar**

A origem da atenção hospitalar perde-se na antiguidade. Cinco séculos antes de Cristo já se tinham notícias de estabelecimentos de saúde na Babilônia (SÁNCHEZ; SAMA, 1998).

O termo hospital, por sua vez, provém do latim *hospitale*, considerado adjetivo, derivado de *hospes*: hóspede, estrangeiro, viajante, aquele que hospeda. Nos primórdios da era cristã, a terminologia era relacionada com o grego latinizado: *nosocomium/nosodochium/hospitum* (OLIVEIRA, 1996).

As primeiras instituições hospitalares foram construídas por São Basílio, em Cesárea, na Capadócia, na segunda metade do século IV. Também, nesse século, atribuiu-se à D. Fabíola a responsabilidade de construir o primeiro hospital cristão em Roma (MIRSHAWAKA, 1994).

Em 335 dC, o imperador Constantino ordenou a construção de um hospital em Constantinopla que funcionava como local de auxílio aos pobres, dando apoio espiritual e religioso. Na idade média, a igreja era responsável pelos hospitais que cuidavam dos desvalidos em geral, loucos, doentes e velhos (OLIVEIRA, 1996).

Até o século XIX, o funcionamento dos hospitais ainda estava em íntima relação com o caráter religioso e militar. Com o advento da industrialização houve grande êxodo das populações para áreas urbanas e a busca para solução dos problemas de saúde pública, gerados pela urbanização, resultou em grandes avanços nas ciências médicas,

alavancando a profissionalização dos hospitais que passaram a ser local para cura de doenças e não simplesmente um abrigo, passando para o Estado a responsabilidade da assistência aos doentes.

O hospital passa a ser, a partir da primeira metade do século XIX, um sítio de atenção ao enfermo, constituindo-se, atualmente, num sistema aberto com atividades assistenciais e de apoio que agrega complexidade ao seu funcionamento e gerenciamento, mobilizando capacidades e esforços de ampla variedade de grupos profissionais. Inúmeras são as funções que podem ser identificadas num hospital, distribuídas em uma diversidade de departamentos e unidades (SÁNCHEZ; SAMA, 1998).

De acordo com a definição da ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (1973) o hospital deve ser entendido como um estabelecimento com pessoal médico, instalações permanentes e serviços médicos que incluem assistência e cuidados contínuos de enfermagem, com a finalidade de proporcionar diagnósticos e tratamento aos pacientes, com critérios para maximização dos recursos e planejamento na utilização desses recursos.

Segundo definição do MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL,1978), o hospital “*é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente*”.

No contexto da medicina contemporânea, o hospital caracteriza-se por oferecer atenção de caráter eminentemente curativo num padrão tecnológico cada vez mais desenvolvido a um custo cada vez mais elevado (D'OLEO, 1991).

Bittar (1997) define o hospital como instituição altamente complexa onde são mescladas atividades do tipo processo industrial, ciência e tecnologia, procedimentos diretos com seres humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais.

No sentido amplo, o hospital deve oferecer assistência continuada, concentrar grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio (NOVAES; PAGANINI, 1992)

Nogueira (1999) sugere que imaginemos o hospital como um grande processo com serviços diagnósticos, farmácia, manutenção, serviços administrativos, cuidados médicos e de enfermagem, lavanderia, etc., cuja função final seria o tratamento dos pacientes.

Adotando um enfoque sistêmico, os hospitais fazem parte de uma rede de serviços de assistência à saúde, associados geograficamente, ou como consequência de organização espontânea dos elementos assistenciais existentes (NOVAES; PAGANINI, 1992).

A partir de meados da década de 60, verifica-se taxa de crescimento de 100% nos gastos com assistência médico-hospitalar. Esses incrementos nos gastos decorreram essencialmente de ações médicas com incorporação de tecnologia, elevando os custos da saúde (TANAKA, 1988).

A partir da década de 70 iniciou-se um progresso tecnológico vertiginoso na área de saúde com prolongamento da esperança de vida, aumento da intensidade dos

cuidados e do poder da pressão da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, e os hospitais passaram a consumir parte substancial dos recursos humanos, materiais e financeiros do setor saúde (ALVES, 1997).

No Brasil, a Lei Orgânica da Previdência Social, promulgada em 1960, acelerou esse processo, garantindo a possibilidade da livre escolha na assistência e prevendo a participação dos usuários no custeio dos serviços (D'ÓLEO, 1991).

A década de 80 marca importante transformação no parque hospitalar brasileiro, como consequência de novas políticas racionalizadoras da atenção à saúde, criaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e em seguida o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e finalmente o atual Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (BARBOSA, 1996).

O SUS constitui um sistema público estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais estaduais e municipais, da administração direta e indireta. A iniciativa privada participa do SUS, com intervenção de prestadores privados de serviços de saúde (MENDES, 2001).

Atualmente os hospitais consomem quase a metade das despesas totais consagradas ao setor saúde. O Sistema Único de Saúde gasta anualmente cerca de 3 bilhões de reais com internações no país (JORGE; GOTLIEB, 2000).

O Brasil possui 6 504 hospitais, cerca 66,3% são privados e 33,7% são públicos (JORGE; GOTLIEB, 2000).

Dos hospitais do país, 60% são considerados de pequeno porte, com menos de 50 leitos, 28,3% possuem acima de 150 leitos, sendo considerados de médio porte e 11,5% possuem acima de 150 leitos, sendo considerados de grande porte (BITTAR, 1997).

O sistema de financiamento de atenção à saúde, no Brasil, organiza-se de forma segmentada, composto pelo SUS, pelo Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) e, finalmente, o Sistema de Desembolso Direto (SDD); o primeiro, um sistema público e os dois últimos, sistemas privados (MENDES, 2001).

O SAMS está constituído por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo, a autogestão, a cooperativa médica e o seguro-saúde (MENDES, 2001).

De acordo com AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2004), aproximadamente 25% da população brasileira está coberta pelo SAMS, são aproximadamente, 37 000 000 de pessoas que se utilizam desse sistema.

O Sistema de Desembolso Direto ou de medicina liberal é representado pelos gastos diretos do bolso de indivíduos e famílias com serviços de saúde. É um sistema com baixíssima regulação estatal e com dados pouco conhecidos (MENDES, 2001). Há participação dos três sistemas no financiamento da atenção hospitalar no país.

## **1. 2 A gestão da atenção hospitalar**

A administração dos hospitais na atualidade representa grande desafio requerendo conhecimentos do ambiente político, social e tecnológico, a formulação de estratégias e o conhecimento profundo do desenho da organização.

Para Dussalt (1994), o padrão assistencial do hospital reflete diretamente sua administração. Os fracos resultados dos serviços de saúde podem ser explicados, em boa parte, pela sua má administração. Essas conseqüências são piores ainda nos países que

dedicam poucos recursos a esses serviços, sendo que melhorar a gestão parece ser o melhor caminho para melhorar os resultados.

Os hospitais tornaram-se empresas altamente complexas, o que implica na utilização de instrumentos econômicos, gerenciais e financeiros para sua administração, possibilitando, assim, melhor controle dos gastos e do custo da atenção médico-hospitalar, com ganhos de eficiência e efetividade, melhoria constante na qualidade dos serviços oferecidos e na satisfação dos clientes (ALVES, 1997).

Para Drucker (1999), “mentor” da administração moderna, o gerenciamento na área da saúde é mais complexo do que em outro tipo de empresa.

As dificuldades de se transportar os modelos de gestão aplicados à indústria para o setor de serviços são conhecidas e consistem, entre outras, no fato dos mesmos serem intangíveis, na interveniência do consumidor no processo de prestação de serviços, na simultaneidade entre prestação e consumo e na dificuldade de padronização e controle de qualidade que se acentua quanto maior for o grau de intangibilidade dos mesmos (DAL POZ, 1997).

A complexidade crescente dos hospitais e de seu meio ambiente não permitem mais que as ações e decisões para sua administração sejam fundamentadas exclusivamente no bom senso e nas experiências passadas que, apesar de importantes, não são suficientes. O bom senso, apesar de requisito para qualquer atividade importante é insuficiente para lidar com a complexidade dos sistemas organizacionais modernos (MOTTA, 1991).

Para Dussalt (1992), o agente que administra deve ser capaz de “ler” sua organização e de compreender sua dinâmica e os seus condicionamentos mais

expressivos, o que, para o hospital, significa “entender o funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços de saúde, a rede de relações de sua organização com o ambiente, as necessidades da comunidade e a sua distribuição e evolução”. O administrador ainda deve, segundo o mesmo autor, ter a capacidade de adaptação para situações inesperadas, o que coincide com a dimensão estratégica de Motta (1991) e se traduz na competência para “saber definir objetivos e estratégias e divulgá-los, tanto internamente como para fora da organização”.

Datam do final do século XIX as primeiras teorias de administração, criadas originalmente para a indústria, mas que influenciaram e influenciam até hoje significativamente na organização dos chamados hospitais modernos. Os postulados das Escolas Clássicas de Administração de Frederick Taylor e Henry Fayol até hoje influenciam na organização dos hospitais, privilegiando a unidade de comando, a departamentalização, disciplina, ordem e hierarquização. Esse estilo gerencial para os hospitais é facilmente percebido nas doutrinas do Professor Odair Pacheco Pedroso e Dr<sup>a</sup>. Lourdes de Freitas Carvalho (BORBA, 1982).

Outra teoria de administração organizacional que influenciou fortemente principalmente a gestão de hospitais públicos, foi o modelo burocrático de Max Weber.

Na década de 40 foram publicadas, no Brasil, os primeiros trabalhos sobre administração hospitalar e também implantou-se, em 1951, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) o primeiro curso de administração hospitalar do país, quando se passou a dar maior enfoque às questões administrativas nos hospitais brasileiros (BITTAR, 1997).

A teoria foi influenciada pela administração científica e era voltada para a necessidade de maior eficiência e eficácia dos órgãos públicos e estava baseada em conceitos como eficiência, hierarquia, sistema de regras, sistema de processos relacionados ao trabalho e autoridade tradicional (CHIAVENATO, 2000).

A maior crítica a essas escolas que influenciam até hoje a administração dos hospitais é que seus conceitos são muito fechados e deixaram de considerar o meio ambiente, além disso, existe grave conflito entre a instituição da hierarquia baseado em postos dentro da organização e a autoridade baseada em conhecimento técnico dos profissionais que ali atuam.

Vecina (2002) compara as instituições do setor saúde a qualquer exército ou igreja devido ao seu alto grau de hierarquização, e Mendes (1993) destaca a excessiva centralização administrativa, a falta de flexibilidade e agilidade na gestão dos hospitais.

A partir dos anos 60, os serviços, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na valorização do mercado. Os serviços de saúde em grande expansão no período foram igualmente envolvidos nesse movimento, principalmente o setor privado (NOVAES, 2000).

Os conceitos de gerência com qualidade foram desenvolvidos no esforço de recuperação do Japão, após a Segunda Guerra Mundial, e disseminaram primeiro para os Estados Unidos e daí para o mundo todo, a partir da década de 50. A indústria de Serviços de Saúde só respondeu no final da década de 60 e início da década 70. Os Estados Unidos já tinham esforços para melhorar seus hospitais e faculdades de



medicina desde o início do século, com os trabalhos de Codman, Flexner e do colégio Americano de Cirurgiões (OLIVEIRA, 1996).

Em resumo, os antecedentes das práticas contemporâneas de gestão para a qualidade em saúde têm três origens: o método científico, as associações de profissionais e os modelos industriais com destaque para gestão da qualidade total (GQT) e melhoria contínua da qualidade (MCQ) (GILMORE; NOVAES, 1997)

Para discussão da qualidade em instituições de saúde, o autor mais importante é Avedis Donabedian. Nos seus estudos da década de 60 sobre qualidade no atendimento hospitalar, o autor estabeleceu um delineamento que permite avaliar, de forma ampla, os serviços de saúde, possibilitando visão sistêmica dos componentes envolvidos na produção hospitalar e o entendimento contínuo dessas instituições (DONABEDIAN, 1966).

Donabedian absorveu da teoria dos Sistemas das Ciências Organizacionais a noção de estrutura, processo e resultado no atendimento hospitalar, que se tornou clássico nos estudos de qualidade em saúde.

As áreas que merecem exame de quem analisa e gerencia uma instituição de saúde, para Donabedian (1986, 1988,) são a estrutura, o processo e os resultados, sendo que as áreas de estrutura correspondem aos recursos utilizados tanto físicos (planta e equipamento) como humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo. A área de processo implica nas atividades relativas à utilização desses recursos nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os resultados corresponderiam às conseqüências da atividade do estabelecimento de saúde, para saúde dos indivíduos e das populações. O autor demonstra relação dinâmica entre as três áreas.

Bittar (1997) apresenta um esquema em que a estrutura e os processos sofrem constante influência do meio ambiente e, todos esses fatores juntos, vão influenciar diretamente os resultados obtidos pelas instituições de saúde.

Para o mesmo autor, o administrador do serviço de saúde deve embasar-se no planejamento, organização, coordenação, direção, avaliação e controle para gerir uma instituição hospitalar. Para haver controle é necessário definir objetivos e metas e a avaliação, sendo a determinação formal de efetividade e eficiência de uma ação planejada pelo administrador.

O planejamento em serviços de saúde ainda se apresenta normativo e tradicional, baseado apenas na questão custo/benefício, mas as mudanças rápidas e constantes nas organizações de saúde levam à adoção de ferramentas administrativas que consigam permear a leitura dessa realidade em constante mudança.

A questão do planejamento nesses serviços está inserida dentro de uma dinâmica de processo contínuo de cálculo que precede uma ação. O aspecto central do planejamento é o permanente acompanhamento da realidade, onde as decisões tomadas passam por processo de controle e avaliação a fim de se proceder à análise dos resultados e conseqüências esperadas. Tais resultados devem, ainda, traduzir a eficiência do serviço oferecido do ponto de vista qualitativo.

É nesse contexto que se inicia toda uma série de questionamentos de como se medir o desempenho de um serviço de saúde prestado: que modelos e técnicas permitem qualificá-lo?

A utilização do planejamento estratégico pelos gestores dos serviços de saúde capacita-os a identificar quais são suas demandas e, ainda, como a área administrativa está organizada para o atendimento à clientela e à burocracia organizacional.

O estudo da administração estratégica teve sua forma definida pela primeira vez após a Fundação Ford e a *Carnegie Corporation* patrocinarem, nos anos 50, pesquisa no currículo das escolas de negócio, surgindo, do resumo dessa pesquisa, uma área de estudo denominada “política de negócios” (CERTO; PETER, 1993).

Por volta dos anos 70, o curso de política de negócios fazia parte do currículo de muitas escolas. Entretanto, o enfoque inicial do curso foi ampliado, ele incluiu a consideração da organização global e seu ambiente. Por exemplo, responsabilidade social e ética, como também o impacto potencial de fatores políticos, legislativos e econômicos sobre o êxito na operação de uma organização tornaram-se assunto de interesse. Essa ênfase mais recente e mais ampla induziu os líderes da área a mudarem o nome do curso de “política de negócios” para “administração estratégica” (CERTO; PETER, 1993).

A gestão estratégica pode ser definida como “um conjunto de decisões e ações estratégicas que determinam o desempenho de uma corporação em longo prazo” (HUNGER E WHELEN, 2002).

O estudo da gestão estratégica enfatiza, portanto, o monitoramento e a avaliação de oportunidades e a avaliação de oportunidades e ameaças externas face às forças e fraquezas de uma corporação (HUNGER; WHELEN, 2002).

Esse tipo de gestão inclui análise profunda dos ambientes interno e externo, formulação da estratégia, implementação da estratégia, avaliação e controle.

A utilização do planejamento estratégico proporciona leitura da realidade da instituição de saúde, pois permite um diagnóstico administrativo, analisando dados referentes aos usuários, morbidade, mortalidade, indicadores em saúde e de serviços de saúde; um diagnóstico estratégico, que identifica quais são as mudanças necessárias, quais as possíveis de serem realizadas e como a estrutura de poder está organizada no sentido de viabilização dessas mudanças e, finalmente, o diagnóstico ideológico que tem como fundamento o propósito de legitimação das propostas definidas no planejamento (CERTO; PETER, 1993).

As etapas contempladas num processo de gestão estratégica são: o planejamento como estabelecimento de política e diretrizes, diagnóstico da situação atual, propostas para a situação futura, estabelecimento de caminhos estratégicos, estabelecimento de indicadores e do plano de ação, a implementação do plano de ação, evolução dos indicadores através da avaliação e estabelecimento de ações corretivas, formando o chamado ciclo do PDCA que significa planejar, fazer, verificar e corrigir (KARDEC et al., 2002).

O método pressupõe análise do macroambiente externo e do ambiente interno da organização para a avaliação adequada da situação presente e prospecção de situações futuras, através do estabelecimento de “padrões” ou de “medidas de desempenho” que são fundamentais no momento da realização da avaliação do desempenho da empresa.

Desempenho tem sido expressão muito utilizada pelos administradores para representar o resultado do trabalho medido na interface com o mercado consumidor de

bens e serviços que a empresa produz. Por meio da medição do desempenho global tomam-se decisões sobre o sucesso da organização e das pessoas.

Donabedian (1988) afirma que a avaliação de desempenho depende basicamente da visão de quem avalia: cliente, financiador, estado ou trabalhador da saúde e nomeia atributos a serem medidos quando avaliamos os cuidados oferecidos nos serviços de saúde: efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, eficácia, legitimidade e equidade.

Dal Poz et al. (1997), numa análise sobre avaliação de produtividade em serviços de saúde, afirmam que a definição de desempenho nessa área utiliza abordagem que requer dados específicos. Para os autores, o padrão de avaliação de desempenho apóia-se em aspectos gerenciais, de saúde pública e clínicos e o desempenho possui características qualificativas baseadas na avaliação de padrões.

As avaliações de desempenho em instituições de saúde constituem, para Novaes (2000), área ainda em construção conceitual e metodológica e dependem de uma série de variáveis como: objeto da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, contexto da avaliação, forma de utilização da informação produzida, tipo de juízo formulado e temporalidade da avaliação.

São muitos os conceitos sobre qualidade e desempenho em serviços de saúde, a qualidade, entretanto, não se limita a um aspecto e sim a vários, como a satisfação do paciente, a eficiência da organização e os resultados clínicos (GILMORE; NOVAES, 1997).

Para a adequada análise do desempenho de uma empresa devem ser desenvolvidos “padrões” que reflitam os objetivos organizacionais, podendo ser

definidos como “marcos” que indicam níveis aceitáveis de desempenho organizacional. Para obter sucesso no controle desses padrões, a administração da organização deve possuir informações válidas e confiáveis que reflitam as diversas medidas de desempenho organizacional. Sem tais informações, as atitudes tomadas para exercer o controle estratégico serão altamente subjetivas e terão poucas chances de melhorar consistentemente o desempenho organizacional (CERTO; PETER, 1993).

Uma maneira efetiva de avaliação da gestão é através da utilização de indicadores que mostram a situação em que se encontra essa gestão e sua evolução ao longo do tempo, permitindo a comparação com referências externas de excelência.

Considerando o conceito de desempenho como aquele ligado à representação do resultado do trabalho medido na interface com o mercado consumidor dos bens ou serviços produzidos, os resultados medidos pelos indicadores nos serviços de saúde podem estar relacionados à satisfação e ao mercado, resultados financeiros, resultados relativos às pessoas, resultados relativos aos parceiros e resultados relativos aos produtos e aos processos organizacionais.

### **1.3 A utilização de indicadores na gestão da atenção hospitalar**

Os indicadores podem ser definidos como representações quantitativas ou não, tanto dos resultados, como de ocorrências ou eventos de um sistema (BURMESTER, 1993).

A representação quantitativa de um indicador poder dar na forma de índices, que representa a relação entre dois números, pode ser uma taxa ou coeficiente que é a

relação entre o número de eventos reais e o número em que o mesmo poderia Ter ocorrido, multiplicando-se pela base referencial do denominador, os dados do denominador estão sempre contidos no numerador. Os indicadores quantitativos também podem ser representados por números brutos (BITTAR,2001).

O dicionário define indicador como “o que indica”, ou seja, aquilo que mostra alguma coisa (FERREIRA, 1999). Quando transportamos o conceito para administração, o indicador poderia ser entendido como aquele que retrata determinada situação no momento ou período ao qual ele foi aplicado, eles podem medir diretamente uma situação ou podem ser utilizados como medidas indiretas.

Quando discute dificuldades de mensuração dos indicadores de desempenho, Marinho (1998) ressalta que é difícil exprimir resultados sintéticos de eficiência produtiva, sendo freqüente a incompatibilidade entre resultados obtidos por indicadores parciais. Para o autor, é recorrente a confusão entre processos produtivos, insumos para produção, mas apesar dos óbices apresentados, destaca a importância da utilização de indicadores de desempenho na identificação de tipologias de instituições e na obtenção de melhor visibilidade de aspectos locais de eficiência.

Malik (1996) chama atenção para que não se confunda indicador com parâmetros ou critérios de avaliação e exemplifica que o indicador pode ser o “número de reclamações de usuários por período”, mas o parâmetro será “qual é o número aceitável de reclamações por período”, sendo imprescindível, quando se fala em indicador, verificar quais são as expectativas daqueles que avaliam os processos, pois “indicadores genéricos de avaliação não farão mais que apreciações genéricas da realidade”. Ressalta, também, que nessa inter-relação entre clientes e fornecedores deve

estar a metodologia de cálculo desses indicadores. É preciso dispor de dados coletados de maneira semelhante, permitindo assim construir uma série histórica dos mesmos, além do que é imprescindível saber valorizar ou decodificar o significado dos mesmos.

Vale a pena lembrar que, quando utilizamos indicadores na área de saúde, embora seja relativamente fácil distinguir os componentes estruturais daqueles relativos ao processo e aos resultados, essa definição nem sempre é fácil entre as duas últimas áreas. Enquanto trabalhamos no terreno meramente quantitativo, a análise é relativamente fácil, passando a se tornar mais complexa e de difícil caracterização à medida que se encaminha para o componente qualitativo, levando-se em conta a variabilidade da prática de saúde. Algumas metodologias desenvolvidas para avaliação de atividades num hospital de determinada complexidade podem não ser úteis para avaliar uma outra instituição de saúde (D'ÓLEO, 1991).

Em face da realidade em que acontecem, muitas das atividades de um hospital só podem ser comparadas entre si em termos de estrutura e processos, tornando-se muito difícil a comparação global ou setorial de hospitais (BITTAR, 1997).

Existem algumas características importantes que devem ser observadas quando há proposta da utilização de indicadores na área hospitalar, posto que os mesmos devem ser objetivos, claros, precisos, bem definidos, viáveis, representativos, baseados em conhecimentos atuais e que permitam rápida visualização do processo (COHEN et al., 1995; ROCCO, 1998).

O indicador deve ser referenciado à realidade, pois deve expressa-la. Dessa forma, por se constituir numa expressão, deve ser didático e ensinar a respeito dos



processos e da organização, servindo ao aprendizado e melhoria contínua. Se não atender a todos esses requisitos não é um bom indicador (KARDEC et al., 2002).

A qualidade do indicador será dada pelo grau em que atenda os seguintes requisitos, segundo o INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA) (1991) em seu Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade :

- \* seletividade: capta os aspectos, etapas e resultados essenciais ou críticos do serviço, como os de grande interface com o público usuário, consumidor ou cliente;
- \* simplicidade e baixo custo de obtenção: facilidade de compreensão e aplicação, inclusive pelos executores diretos, gerado preferencialmente a custo baixo, através da utilização de relações percentuais simples, média aritmética ou números absolutos;
- \* cobertura: suficientemente representativo, inclusive em termos estatísticos, do processo, da organização, área a que se refere, optando por aqueles grandes ou representativos de situação ou contexto gerais e, sempre que possível, estendendo o alcance do monitoramento para cobrir maior número de situações;
- \* estabilidade: permanência ao longo do tempo, e geração com base em procedimentos rotinizados e incorporados às atividades da organização;
- \* rastreabilidade: o registro e adequação na manutenção de dados, informações utilizadas e memórias de cálculo.

Quando discute a utilização de indicadores para mensurar qualidade hospitalar, Casparie (2000) sugere que, apesar do indicador parecer um atrativo conceito no gerenciamento de qualidade, algumas questões devem ser respondidas antes de um indicador específico ser usado. A primeira questão refere-se à certificação da qualidade do mesmo. Em qual extensão ele pode refletir a qualidade da assistência?

A segunda refere-se ao registro do mesmo. Pode o indicador ser mensurado em um caminho válido e confiável?

A terceira questão é: atividades apropriadas serão iniciadas após o indicador fornecer um sinal?

A Comissão Conjunta de Acreditação Americana para hospitais recomenda que quando da utilização de indicadores na área hospitalar, deve-se anotar as informações de cada um de forma sistemática, definindo a descrição do indicador, a definição de termos incluídos no indicador, o tipo de indicador, a sua racionalidade, a descrição da população alvo e os fatores subjacentes que possam explicar variações nos dados.

Os indicadores de qualidade e produtividade são necessários para que se possa fazer comparações entre produtos com base na sua qualidade, ou entre processos, com base na sua qualidade e produtividade.

Tironi (1991) classifica os indicadores em setoriais e corporativos: os indicadores setoriais são aqueles relacionados ao desempenho de grandes segmentos econômicos e de atividades e prestam-se a subsidiar o planejamento governamental e seus interlocutores na sociedade civil, como as entidades de classes empresariais e os sindicatos de trabalhadores. Na área da saúde, por exemplo, podemos considerar a “taxa de mortalidade infantil” no Brasil ou a “taxa de mortalidade materna no Brasil” como indicadores setoriais do segmento saúde, que estariam abalizando as ações governamentais em nível global.

O mesmo autor define os indicadores corporativos como aqueles que prestam-se à gestão de organizações públicas ou privadas com vistas à obtenção dos melhores resultados, do melhor desempenho ou *performance*. Esses indicadores corporativos

apresentam vários níveis de agregação, partindo de um nível mais desagregado, onde são produzidos os dados básicos ou itens de controle, a partir dos quais serão elaborados os indicadores que serão obtidos pela composição de itens de controle ou de indicadores mais agregados. Os indicadores corporativos devem refletir as prioridades estratégicas de uma organização, as quais diferem de um setor econômico para o outro. O relacionamento da empresa com seus empregados, o desempenho operacional, a satisfação do cliente, o relacionamento com fornecedores e a busca da inovação tecnológica são consideradas como áreas estratégicas para a empresa na elaboração dos indicadores corporativos.

Pensando na gestão estratégica em saúde teremos dois grandes segmentos de indicadores, a saber:

- Indicadores do meio externo: informações demográficas, geográficas, políticas, legais, econômicas, tecnológicas, culturais, educacionais, condições de saúde, instituições de saúde, psicossociais e mercado.

- indicadores do meio interno: são os de estrutura, processo e resultado tais como , capacidade planejada, capacidade operacional, número de consultórios, número de salas cirúrgicas, número de atendimentos, taxa de ocupação, número de pacientes por dia, média de permanência, índice de renovação dos leitos, número de funcionários por leito, margem líquida, além de vários outros que são setoriais e específicos para determinadas áreas ou para determinado tipo de hospital.

De forma institucional, o interesse por indicadores de qualidade e produtividade surge no Brasil na forma do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, cujo desenvolvimento foi atribuído ao IPEA com a elaboração de um documento de

“Critérios para geração de Indicadores da qualidade e produtividade no Serviço Público no Brasil”. No documento são explicitados alguns requisitos necessários para a elaboração desses indicadores tais como: seletividade, simplicidade e baixo custo de obtenção, ampla cobertura, estabilidade e rastreabilidade, devendo os mesmos serem “formulados sob uma ótica abrangente que coloque em primeiro plano os clientes e usuários, razão de ser das instituições prestadoras de serviço, sobretudo as governamentais”, recomendando que os mesmos sejam gerados descentralizadamente. O documento destaca que os indicadores de satisfação dos clientes devem contemplar tanto os clientes externos como os clientes internos, exemplificando vários tipos de indicadores para as áreas de saúde, previdência social, educação e outros serviços essenciais. Os indicadores da área da saúde citados nesse documento abrangem dados internos e externos às instituições, relacionados às áreas de estrutura, processos e custo. São citados os seguintes exemplos de indicadores para a área da saúde: tempo de espera entre a marcação da consulta e o atendimento, tempo médio de permanência hospitalar, taxa de ocupação hospitalar, percentual de internações eletivas, taxa de infecção durante hospitalização, percentual de postos de saúde providos de geladeira em uso, taxa de resolubilidade, gasto médico por paciente (IPEA, 1991).

A avaliação de serviços e programas através de indicadores de resultados, é uma prática que começa a se estabelecer no país. Um exemplo é o programa de saúde da família que introduziu desde a sua implantação, um sistema de monitoramento das informações.

O programa definiu um conjunto de indicadores de resultados e traçadores como, por exemplo, a “proporção de indivíduos com hipertensão arterial” ou o “número de casos de eclâmpsia” em relação à população assistida (NORONHA, 1999).

No Brasil, verifica-se que a avaliação dos profissionais e dos hospitais baseia-se em indicadores de mais fácil obtenção, na maioria de processos, mas alguns também de resultados e indicativos de produção e produtividade tais como cirurgia por sala, partos por leitos obstétricos e taxa de necropsias.

Com referência à avaliação de resultados observam-se duas grandes tendências: uma delas é a evolução dos indicadores de desempenho profissional para os de desempenho institucional (AZEVEDO, 1989). Como exemplo temos o estudo que se desenvolve no Estado de Maryland nos Estados Unidos conduzido pela Associação de Hospitais daquele estado, trabalhando conjuntamente um grupo de nove indicadores de desempenho hospitalar: infecções hospitalares, infecção de ferida cirúrgica, taxa de necropsias, taxa de reações transfusionais, mortalidade neonatal, mortalidade perioperatória, erros de medicação, taxa de cesariana e taxa de readmissões (AZEVEDO, 1991; SUMMER; KAJANDJIAN, 1990).

Atualmente, na área de saúde, já existem várias iniciativas relacionadas à medição do desempenho institucional e acompanhamento institucional e a comparação entre instituições, utilizando indicadores.

Há exemplos de esforços mais abrangentes buscando medir o desempenho não de instituições isoladas, mas de microssistemas de saúde como o realizado desde 1985 pelo *National Health Service* britânico. Esse serviço implementou sistema de avaliação computadorizado do tipo *Expert System* com a finalidade de avaliar 14 regionais de

saúde, trabalhando com 450 indicadores de desempenho. Alguns dos indicadores são relacionados às entradas do sistema a exemplo do “número de enfermeiras comunitárias por mil idosos”, outros indicadores referem-se a processos como “taxa de cirurgia de prótese de quadril por mil pessoas idosas” ou, ainda, dizem respeito a resultados como “mortalidade neonatal”. A perspectiva desse estudo é acumular dados para uma análise mais expressiva do sistema de saúde da Inglaterra (AZEVEDO, 1991).

Outros exemplos de análise de microssistemas de saúde são os estudos realizados por Grosskopf e Valdmanis (1987) em 22 hospitais públicos e 60 privados da Califórnia, utilizando, como medidas de produção: pacientes-dia em leito para casos agudo, idosos em terapia intensiva, número de cirurgias, número de consultas ambulatoriais. A finalidade era comparar a utilização de recursos entre hospitais públicos e privados através desses indicadores.

Percebe-se também o desenvolvimento de indicadores específicos para determinadas áreas da saúde, como a experiência demonstrada por Montalto et al. (1999) que desenvolveram, na Austrália, um rol de indicadores clínicos e de processo para medição da qualidade de serviços de atendimento domiciliar, tais como: número de pacientes que necessitam reinternação, número de erros na administração de medicamentos e outros. Esses indicadores foram incluídos no Programa de Acreditação Hospitalar Australiano.

Sofaer et al. (2000) descrevem metodologia de criação de indicadores de desempenho ligados às questões psicossociais e comportamentais no atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas.

Em publicação sobre acreditação em hospitais para América Latina e Caribe, Novaes e Paganini (1992) descrevem indicadores para 48 áreas de um hospital, divididos em áreas técnicas e administrativos e também por especialidades médicas. Afirmam os autores que, para se obter visão multidimensional do sistema de serviços de saúde são necessários diferentes indicadores de qualidade da estrutura do processo e dos resultados, com o objetivo de observar o sistema sob perspectivas diferentes. O sistema de indicadores propostos pelos autores faz parte de um instrumento utilizado para avaliar instituições hospitalares de forma global com vistas à obtenção de uma certificação de qualidade. Esse instrumento, em forma de manual, estabelece padrões de desempenho para todas as áreas de uma instituição hospitalar.

O Sistema de Acreditação hospitalar surgiu nos Estados Unidos em 1951 com os trabalhos *Joint Commition* para Acreditação em Hospitais que é uma entidade privada, sem fins lucrativos e ela tem como finalidade aperfeiçoar qualidade dos cuidados prestados pelos hospitais atuando também em outras instituições de saúde (DONAHVE; LEARY, 2000).

Em 1991, a Associação Paulista de Medicina iniciou o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar do Estado de São Paulo que, baseado no trabalho da Comissão Conjunta de Acreditação dos Estados Unidos busca uma avaliação interinstitucional agregando aproximadamente, 100 hospitais do Estado de São Paulo, reunindo 17 indicadores, a saber: mortalidade institucional, mortalidade operatória, taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, cirurgias suspensas, taxa de cesarianas, apgar em recém-nascidos, infecção hospitalar geral e por clínica, percentual de médicos especialistas, relação enfermeiro/leito, relação funcionários enfermagem/leito, índice de

rotatividade, taxa absenteísmo, acidentes de trabalho e horas de treinamento. Esses indicadores são enviados mensalmente por essas instituições. A partir daí são elaborados relatórios trimestrais que comparam os indicadores das instituições. O trabalho tem como finalidade a troca de informações, contribuindo para melhoria contínua da qualidade dos hospitais participantes, além de estabelecer padrões de desempenho para hospitais. O programa também possui instrumento (manual) que possibilita avaliar instituições hospitalares dentro de padrões pré-estabelecidos, visando a obtenção de uma certificação de qualidade (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 1998).

Outra experiência brasileira recente, de avaliação interinstitucional, que reúne indicadores hospitalares, é a do Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH), iniciado em 1999, no Rio Grande do Sul, através pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. O programa coleta mensalmente 16 indicadores de 34 hospitais de vários Estados do Sul e Sudeste, sendo eles: satisfação do paciente SUS, satisfação do paciente particular, *turnover*, absenteísmo, acidentes de trabalho, horas de treinamento, taxa cesarianas, média de permanência, permanência Obstétrica, permanência Pediátrica, mortalidade, mortalidade obstétrica, mortalidade pediátrica, margem líquida, infecção cateter venoso central, infecção cirurgia limpa. O programa tem como objetivo estimular e capacitar os hospitais para utilização dos indicadores padronizados como ferramenta gerencial e criar referenciais adequados, visando execução de análises comparativas e estabelecimento de padrões (SIPAGEH, 2002).

Existem muitas categorias de métodos e medidas para avaliação do desempenho dos hospitais e essas organizações devem determinar o que deve ser medido, ou seja, quais são as perguntas mais importantes que devem ser respondidas antes de adotar,



adaptar ou estabelecer indicadores, aproveitando uma base cada vez maior de recursos externos (GILMORE; NOVAES, 1997).

A busca de ferramentas que possam auxiliar a obtenção de indicadores de desempenho que nos permitam retrato fiel das organizações de saúde e sua inserção no sistema torna-se cada vez mais necessária. Muitas dessas ferramentas podem ser encontradas em soluções criadas para empresas que não são da área da saúde, porém, adaptam-se às necessidades das organizações de saúde.

Uma ferramenta criada originalmente para negócios tradicionais e que vem sendo utilizada em instituições americanas de saúde é o sistema Balanced Scorecard ou Marcadores Balanceados, desenvolvidos em 1990, por Kaplan e Norton como um novo modelo para medição de desempenho de doze companhias americanas, constituindo em conjunto de medidas desenhadas para examinar o desempenho de uma organização sob quatro perspectivas:

- resultados financeiros – lucro, crescimento e composição da receita, redução de custos, melhoria da produtividade, utilização dos ativos e estratégias de investimentos;

- posição em relação aos clientes – participação no mercado, retenção de clientes, aquisição de novos clientes, satisfação dos clientes, rentabilidade de clientes, qualidade do produto, relacionamento com clientes e imagem e reputação;

- processo interno do negócio – inovação (desenvolvimento de novos produtos e processos), operação (produto, distribuição, vendas), e serviços pós-venda (assistência técnica, atendimento e solicitação do cliente);

- aprendizagem e crescimento – desenvolvimento de competências da equipe, infra-estrutura tecnológica, cultura organizacional e clima para ação (KAPLAN; NORTON, 1996).

O marcador balanceado é definido para cada empresa de acordo com sua estratégia e constitui instrumento para gerenciar a implementação dessa estratégia.

Rimar e Garstke (1999) descrevem uma experiência de aplicação dos marcadores balanceados no Departamento de Anestesiologia da Escola de Medicina, Universidade de Yale, e concluem que a metodologia tem sido de grande valor para o Departamento, alavancando mudanças organizacionais.

Watchel et al. (1999) apresentam experiência, também avaliada como positiva na aplicação dos marcadores balanceados, num centro para queimados em New Orleans, onde foram estabelecidos nove objetivos de desempenho para o centro, baseados nos quatro aspectos definidos por Kaplan e Norton. Para cada objetivo foram determinados ou indicadores específicos de desempenho que acompanham a evolução das estratégias implantadas para o alcance dos objetivos propostos.

Santiago (1999) descreve a utilização do método num serviço de saúde psiquiátrico, enfatizando que o mesmo resume uma série de indicadores considerados críticos na medição da qualidade de cuidados em saúde.

Para Kaplan e Norton (1996) a empresa deve implementar medidas que permitam avaliar o desempenho de uma organização sob as quatro perspectivas já citadas, respondendo às seguintes perguntas de fundo, sugeridas para cada perspectiva: podemos continuar melhorando e nos valorizando? Em que devemos sobressair? Como nos vêem nossos clientes? Como somos vistos pelos nossos acionistas? Uma vez que a

estratégia esteja implementada, os marcadores balanceados ajudam a responder a pergunta: como está funcionando a organização?

As ações de gerência da qualidade nas instituições de saúde devem dar cada vez mais ênfase aos indicadores, medidas, recopilação, análise de dados e base de dados comparativos, todos campos que estão sendo objeto de debates na atualidade.

Faz-se necessário passar da ênfase em casos individuais para o exame global e sistemático das tendências, utilizando análises quantitativas e qualitativas que levem os administradores a conclusões válidas e significativas e que levem ao estabelecimento de referenciais para comparação dos resultados numa série histórica, dentro das empresas com também interinstitucionalmente.

Na abordagem do indicador, enquanto ferramenta para tomada de decisão do administrador da área de saúde, Malik e Schiesari (1998) chamam atenção para a necessidade desse gestor conhecer o que está por trás do indicador, o que ele mostra, o que ele esconde e qual a sua fidedignidade. Dificilmente um indicador de forma isolada será capaz de responder pela realidade, é muito mais provável que um grupo deles juntos espelhe uma determinada situação.

Os mesmos autores na abordagem do indicador, enquanto ferramenta para avaliação na área da saúde, dividem os indicadores de estrutura em avaliação tecnológica e avaliação da capacidade instalada, os indicadores de processo em processos administrativos e diretrizes clínicas e, finalmente, os indicadores de resultados são aqueles que avaliam a satisfação do usuário, entendidos usuários os pacientes, famílias, médicos, fontes pagadoras, reguladores, empregados, supervisores, fornecedores e contratantes.

Em se tratando de proposta de aprimoramento contínuo, espera-se que o conjunto de indicadores utilizados na área hospitalar seja flexível no sentido de que sua utilidade possa ser ativada ou desativada no processo de melhoria e que eventualmente possam ser substituídos por outros indicadores mais sensíveis e adequados.

As considerações feitas até agora acerca de indicadores hospitalares, gestão e tomada de decisão deixam claro que os hospitais devem constituir uma administração com visão abrangente e real da instituição e do ambiente onde ela se insere, sendo necessário para isso conhecer e saber interpretar as medidas de desempenho das instituições. Para tanto, devem ser utilizados indicadores que retratem as diversas facetas da empresa. Discutir questões administrativas na área da saúde sem estabelecer parâmetros e resultados, será aplicar de forma parcial, um instrumento e, mais uma vez, defender que a tecnologia administrativa não é aplicável ao setor saúde.

## 2. Justificativa

No estudo de temas sobre planejamento, organização, coordenação, direção, avaliação e controle na prática diária no contexto da administração hospitalar, identifica-se grandes dificuldades na obtenção de subsídios para administração dos processos nas instituições hospitalares.

A falta de dados gerais sobre o desempenho do hospital, dados sobre custos, produção e recursos humanos, dificulta muito a visão de resultados dos processos.

A utilização de indicadores de desempenho como ferramenta para o planejamento e avaliação dos processos nos hospitais é um dos caminhos que devem ser utilizados pelos diretores, administradores, gerentes e chefias dos hospitais como estratégia para melhorar o processo administrativo e seus resultados. Pretende-se empreender esta pesquisa de doutorado avaliando o comportamento e inter-relações das questões comentadas acima, sendo escolhido o tema: Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial, selecionando intencionalmente os hospitais gerais de Ribeirão Preto.

### **3. Objetivos**

- Descrever e analisar os indicadores de desempenho adotados pelos hospitais não especializados do município de Ribeirão Preto.

- Analisar a opinião dos dirigentes desses hospitais em relação à utilização de indicadores de desempenho na sua gestão.

#### **4. Pressupostos da pesquisa**

Os dirigentes dos hospitais não utilizam indicadores de desempenho como ferramenta de gestão, o que pode comprometer uma administração efetiva, eficaz e eficiente.

## 5. O cenário da investigação

O município de Ribeirão Preto localiza-se na região nordeste do Estado de São Paulo. Foi fundado em 1856.

Considerado o principal centro de consumo do nordeste paulista, sua força encontra-se na prestação de serviços e comércio. A agroindústria destaca-se no setor sucroalcooleiro, pois a região produz 20% do açúcar e 32% do álcool combustível extraído da cana de açúcar do país conforme COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE RIBEIRÃO PRETO (CODERP) (2003).

Segundo o último censo do IBGE, em 2000, a população da cidade é de 504 923 habitantes, dos quais 66% são economicamente ativos.

A região de Ribeirão Preto possui 84 municípios com aproximadamente 3.000.000 de habitantes.

A renda *per capita* do município é de US\$ 8 000,00, considerada alta em relação aos parâmetros nacionais.

Em relação às condições de saneamento básico, 100% da população está coberta por rede de água e coleta de lixo e 97,5% por rede de esgoto (CODERP, 2003).

Os índices de mortalidade infantil são de 16,7% por 1000, considerados inferiores à realidade nacional, em que o índice chega a 40 por 1000 habitantes em algumas regiões (CODERP, 2003).

Apesar de estar classificado entre os 50 melhores municípios do Brasil e apresentar o 6º. lugar de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de



acordo com Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, há na cidade diversos bolsões de pobreza, com significativas desigualdades de condições de vida da população.

A cidade é considerada pólo de saúde regional, sendo um centro de ensino médico onde a quantidade de recursos de saúde existentes proporciona satisfação da demanda municipal além de atender a demanda regional (D'ÓLEO; FAVERO, 1993).

Há, na cidade, 3 faculdades de medicina, 4 faculdades de enfermagem, 3 faculdades de odontologia e 2 faculdades de fisioterapia.

O município está entre os primeiros do país na proporção de médicos por habitante, pois há 3000 médicos na cidade, o que significa 6 médicos/1000 habitantes muito acima das médias nacionais que apontam 1,5 médicos por 1000 habitantes. Há na cidade 14 hospitais e 33 unidades de saúde.

A rede hospitalar divide-se em 2 hospitais públicos, sendo 1 hospital geral e 1 hospital psiquiátrico, 7 hospitais privados filantrópicos, sendo 3 hospitais gerais, 1 maternidade, 1 hospital psiquiátrico, 1 hospital para tuberculosos e 1 hospital de atendimento ambulatorial em oncologia, 5 hospitais privados com fins lucrativos. Desse grupo de hospitais privados, nenhum deles é considerado especializado, todos atendem a várias especialidades médicas clínicas e cirúrgica, 1 deles não atende obstetrícia.

Dos 5 hospitais privados com fins lucrativos, 2 possuem plano de saúde próprio e pertencem a um mesmo grupo local e um terceiro pertence a um serviço de medicina de grupo nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui convênio com 9 hospitais de Ribeirão Preto, sendo eles os 2 hospitais públicos e os 7 hospitais privados filantrópicos. Os hospitais privados com fins lucrativos não possuem convênios com o SUS.

Os leitos destinados ao SUS nos hospitais conveniados perfazem um total de 1 887, sendo que 1 098 pertencem aos hospitais da rede privada (BRASIL, 2004).

O município de Ribeirão Preto é sede da 18ª regional de saúde, composta por 27 municípios, com uma população 1 160 842 habitantes.

O município é habilitado pelo SUS em Gestão Plena do Sistema Municipal, o que, de acordo com a NOB, de 01/2002 (BRASIL, 2002), significa que deve ofertar totalidade de recursos, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos nas ações de atenção de média complexidade, que compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, visando o atendimento dos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos e de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os municípios do país.

O município também deve ser referência para a atenção hospitalar de alta complexidade, sendo a regulação desses serviços de responsabilidade do município.

De acordo com o sistema de informações hospitalares (BRASIL, 2004), no ano de 2002, o repasse total do SUS para o município de Ribeirão Preto foi de R\$135.000.000,00, sendo que, desse total, R\$117.000.000,00 destinaram-se ao pagamento de serviços de média e alta complexidade, o repasse para atendimento hospitalar de alta complexidade foi de R\$39.000,00. Neste ano ocorreram 57.000

internações hospitalares pelo SUS no município, no ano de que custaram ao SUS R\$55.000.000,00.

O sistema de atenção médica suplementar da cidade, hoje, é monopolizado por uma cooperativa médica e uma operadora local de medicina de grupo. Ambos possuem aproximadamente 220.000 usuários no município. O sistema de atenção média suplementar atende hoje 40% da população da cidade, percentual acima da média nacional que gira em torno de 25% da população.

A cooperativa médica possui convênio com 7 hospitais todos privados sendo quatro com fins lucrativos e três filantrópicos. A empresa de medicina de grupo atende somente em dois hospitais pertencentes ao mesmo grupo.

Há uma outra operadora de medicina de grupo na cidade que controla um hospital privado com fins lucrativos, mas o plano possui um número pequeno de usuários na cidade.

Os planos de auto gestão, inclusive o dos servidores da prefeitura local são responsáveis por pequena parcela de usuários

## **6. Métodos**

### **6.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de estudo exploratório, descritivo-analítico, utilizando tanto o método quantitativo quanto o método qualitativo, por entender que, para enriquecer a análise do objeto estudado, são necessárias as duas abordagens, havendo maior complementariedade.

Para Polit (1995), o potencial de confirmação das hipóteses do estudo através de tipos múltiplos e complementares dos dados é capaz de fortalecer a confiança do pesquisador na validade de suas análises.

Escolheu-se para análise qualitativa a metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que tem, como base conceitual, a teoria da Representação Social.

A Representação Social foi introduzida na psicologia social em 1961, por Serge Moscovici, quando da publicação de sua pesquisa: Representação Social na Psicanálise. Segundo o autor “por Representações Sociais queremos indicar um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária, no curso de comunicações interindividuais. Poder-se-ia dizer que são a versão contemporânea do senso comum” (MOSCOVICI APUD SILVA LEME, 1993, p.47).

O DSC, enquanto estratégia metodológica, objetiva tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conformam um dado originário.

Simioni et al (1997) recomendam que, nessa abordagem metodológica, os sujeitos sejam sociais e institucionalmente equivalentes. Nesse estudo são representados pelos dirigentes entrevistados dos hospitais da amostra. Portanto, o DCS é um recurso criado para recuperar e reconstruir o estoque de discursos ou matrizes discursivas presentes numa dada formação social, num dado momento histórico (LEFEVRE ; LEFEVRE 2000).

A proposta desenvolvida por Lefevre e Lefevre (2000) constituiu-se na utilização de quatro figuras metodológicas que são: a ancoragem, a idéia central, as expressões chaves e o discurso do sujeito coletivo, a saber:

- ancoragem – pressupõe que os discursos estejam ancorados em fundamentos teóricos, hipóteses, conceitos e ideologias existentes na sociedade.

- idéia central – pode ser entendida como “a (s) afirmação (ões) que permite (m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitada pelos sujeitos em seus depoimentos” (LEFREVE ; LEFREVE 2000, p. 18).

- expressões chaves - são “transcrições literais de parte dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento” (LEFREVE; LEFREVE, 2000) Os Discursos do Sujeito Coletivo, na maioria das vezes, são construídos a partir da matéria prima das expressões chave;

- discurso do sujeito coletivo - é a reunião, num só discurso síntese, de expressões-chave que possuem a mesma idéia central ou ancoragem.

Com o DSC, os discursos individuais não são anulados ou reduzidos a uma categoria unificadora comum, ao contrário, busca-se reconstruir “com pedaços de discursos individuais, como um quebra-cabeças, tantos discursos síntese quantos se

julgue necessário para expressar uma dada figura, ou seja, um pensar ou representação social sobre um fenômeno” (LEFREVE ; LEFREVE 2000).

## **6.2 A amostra**

A pesquisa foi realizada na cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo.

A seleção da amostra foi intencional, pois, do total de hospitais da cidade de Ribeirão Preto, foram selecionados nove.

Foram excluídos da amostra os hospitais considerados especializados, a saber: dois hospitais Psiquiátricos, uma Maternidade , um hospital para Tuberculose e um hospital que atende somente oncologia em regime ambulatorial. O motivo da exclusão deve-se a algumas características específicas dos mesmos, tais como médias de permanência muito baixas na Maternidade e muito altas nos hospitais Psiquiátricos o mesmo ocorrendo com os índices de intervalo de substituição e de renovação de leitos.

Entendeu-se que esses fatores poderiam constituir-se num viés no momento da análise dos indicadores.

Um dos hospitais da amostra possui 02 unidades separadas fisicamente e situadas em bairros diferentes, mas foi considerado como instituição única no universo da pesquisa já que possui a administração única e centralizada num dos prédios.

### 6.3 Caracterização dos hospitais que constituíram a amostra

<b>Hospital A</b>	Público, universitário, com capacidade instalada de 845 leitos, 46 anos de funcionamento. Atende a todas as especialidades, possui atividades de ensino e pesquisa e está dividido em 2 unidades que se localizam em bairros diferentes, mas com administração única. Conveniado ao SUS.
<b>Hospital B</b>	Privado, sem fins lucrativos, capacidade instalada de 100 leitos, 43 anos de funcionamento. Atende todas as especialidades, exceto cirurgia cardíaca e hemodinâmica. Conveniado ao SUS.
<b>Hospital C</b>	Privado, com fins lucrativos, capacidade instalada de 48 leitos, 33 anos de funcionamento. Atende todas as especialidades, exceto cirurgia cardíaca, hemodinâmica e neurocirurgia. Não é conveniado ao SUS.
<b>Hospital D</b>	Privado, com fins lucrativos, capacidade instalada de 86 leitos, 21 anos de funcionamento. Atende somente mulheres e crianças nas especialidades de pediatria, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia e UTI neonatal. Integra um grupo de 3 hospitais da cidade controlados por uma mesma empresa local, possuindo plano de saúde próprio. Não é conveniado ao SUS.
<b>Hospital E</b>	Privado, sem fins lucrativos, capacidade instalada de 140 leitos, 94 anos de funcionamento. Atende todas as especialidades, exceto

	neurocirurgia e obstetrícia. É campo de estágio para cursos de medicina e enfermagem. Conveniado ao SUS.
<b>Hospital F</b>	Privado, sem fins lucrativos, capacidade instalada de 250 leitos, 108 anos de funcionamento. Atende todas as especialidades. É campo de estágio para cursos de medicina e enfermagem. Conveniado ao SUS.
<b>Hospital G</b>	Privado, com fins lucrativos, capacidade instalada de 58 leitos, 20 anos de funcionamento. Atende todas as especialidades, exceto cirurgia cardíaca, hemodinâmica e neurocirurgia. Integra uma rede de hospitais brasileiros controlada por grupo de saúde. Não é conveniado ao SUS.
<b>Hospital H</b>	Privado, com fins lucrativos, capacidade instalada de 168 leitos, 70 anos de funcionamento. Atende todas as especialidades, exceto obstetrícia. Integra um grupo de 3 hospitais da cidade controlado pela mesma empresa local, possuindo plano de saúde próprio. Não conveniado ao SUS.
<b>Hospital I</b>	Privado, com fins lucrativos, capacidade instalada de 95 leitos, 32 anos de funcionamento. Atende todas as especialidades. Não é conveniado ao SUS.

\* Os hospitais D e H são controlados pelo mesmo grupo empresarial que detém um plano de medicina de grupo.



**6.4 Caracterização dos dirigentes entrevistados nos hospitais que constituíram a amostra**

<b>Hospital A</b>	Cargo – Superintendente Formação – Medicina
<b>Hospital B</b>	Cargo – Diretor Administrativo e Financeiro Formação - Biomedicina/Direito
<b>Hospital C</b>	Cargo – Administrador Formação - Administração de Empresas
<b>Hospital D</b>	Cargo – Gerente Administrativo Formação - Ciências Econômicas
<b>Hospital E</b>	Cargo – Administrador Formação - Administração de Empresas
<b>Hospital F</b>	Cargo – Diretor Administrativo Formação - Medicina/Odontologia
<b>Hospital G</b>	Cargo – Coordenador Formação – Medicina
<b>Hospital H</b>	Cargo – Gerente Administrativo Formação – Biomedicina
<b>Hospital I</b>	Cargo – Diretor Presidente Formação – Medicina

### **6.5 Procedimento de coleta de dados**

A pesquisadora realizou um pré-contato pessoal com os dirigentes das instituições pesquisadas. Nesse momento, apresentou-se como doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, entregando um documento solicitando autorização para realização da pesquisa e explicando as finalidades e etapas da mesma.

A pesquisadora informou aos dirigentes, durante esse pré-contato, que a pesquisa havia sido analisada e aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, garantindo sigilo sobre a identidade dos pesquisadores e da instituição. Nenhum dos hospitais solicitou que a pesquisa fosse avaliada pela Comissão de Ética dos mesmos.

Todas as instituições procuradas aceitaram participar da pesquisa e, a partir desse pré-contato, foram agendadas entrevistas com os dirigentes.

Vale ressaltar que efetuou-se um pré-teste do formulário de entrevista, em janeiro de 2002, quando foram entrevistados 2 dirigentes de instituições hospitalares distintas, sendo um de um hospital de Ribeirão Preto e outro de hospital da cidade de São Paulo. A partir desse pré-teste, houve alteração no formulário de entrevista, tendo em vista a verificação do fator tempo de aplicação, verificação de possíveis recusas e verificação do entendimento das perguntas pelo entrevistado.

Foram retiradas do instrumento perguntas relacionadas à taxa de infecção hospitalar e dados financeiros, pois verificou-se durante o pré teste que haveria dificuldade na obtenção de respostas relativas a esses dados. Os dirigentes entrevistados no pré-teste não fizeram parte da amostra final;

Foram realizadas nove entrevistas individuais, utilizando formulário estruturado (Anexo I), no período de fevereiro a abril de 2002.

As respostas das perguntas 28 e 29 foram gravadas para realização da análise qualitativa. Dos nove entrevistados, oito autorizaram a gravação.

Nos hospitais A, B, e I utilizou-se dados fornecidos pelos serviços de estatística, faturamento e arquivo médico, respectivamente. Os dados fornecidos visavam complementar questão do formulário de entrevista, e os próprios dirigentes entrevistados é que solicitaram às áreas citadas essas informações complementares.

Fixou-se o mês de agosto de 2001 para a coleta dos dados quantitativos, já que não possui feriados ou está ligado a férias escolares.

Foram coletados dados de procedência dos pacientes e morbidade dos hospitais da amostra, junto ao Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (CPDH).

O CDPH obtém os seus dados fundamentalmente através da folha de alta, que é preenchida para todos os pacientes egressos dos hospitais (incluindo óbitos e transferências).

A folha de alta e as fichas de censo diário são encaminhadas mensalmente ao Centro de Processamento de Dados Hospitalares que realiza codificação dos dados.

Ressalta-se que todos os hospitais estudados estão integrados ao CDPH.

## 6.6 Variáveis

As variáveis analisadas foram classificadas da seguinte forma:

- a) **caracterização dos dirigentes entrevistados:** cargo, formação profissional e tempo que exerce o cargo na instituição;
- b) **caracterização das instituições:** regime jurídico, número de leitos, complexidade, morbidade, fontes de receita e tempo de funcionamento;
- c) **estrutura organizacional das instituições:** existência de estatuto, regulamento e organograma;
- d) **instrumentos de controle financeiro das instituições:** existência de balanço, balancetes e orçamento anual;
- e) **Indicadores:** foram divididos em 3 categorias, indicados a seguir.
  - e<sub>1</sub>) **Utilização do leito hospitalar:**
    - **Média de permanência:** é a relação numérica entre o total de pacientes dia em um determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos) no mesmo período (BRASIL, 1978).
    - **Índice de renovação e giro:** é a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado (Brasil, 1978).
    - **Média de pacientes dia:** é a relação entre o número total de pacientes saídos divididos pelo número de dias do período (BRASIL, 1978).

- **Índice de intervalo de substituição:** Tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro: esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência (BRASIL, 1978).
- **Taxa de ocupação de leitos:** relação entre o número de pacientes dia e o número de leitos disponíveis dia e tem como objetivo medir o nível de utilização dos leitos hospitalares (BRASIL, 1978).

## e<sub>2</sub>) Produção/Produtividade/Recursos Humanos

- **Funcionários por leito:** número de funcionários próprios em relação à soma do número de leitos e camas existentes em operação para o período pesquisado (BITTAR 1996, 1997)
- **Número de intervenções cirúrgicas mensais:** considerou-se todas as intervenções cirúrgicas realizadas no período estudado.
- **Número de cirurgias por leito:** número de cirurgias realizadas no período dividido pelo número de leitos.
- **Número de atendimentos ambulatoriais mensais:** considerou-se todos os atendimentos ambulatoriais realizados no período estudado.

## e<sub>3</sub>) Mortalidade

- **Taxa de mortalidade geral:** relação entre o número de óbitos e o número de saídas (altas e óbitos) e tem como objetivo medir a taxa de óbitos ocorridos no hospital. (SIPAGEH, 2000)
- **Taxa de mortalidade institucional:** relação entre o número de óbitos de pacientes com mais de 48 horas de internação e o número de saídas (altas e óbitos) .

#### **e4) Satisfação do cliente**

- **Pesquisa de satisfação de clientes:** analisou-se a existência de pesquisa de satisfação dos clientes na instituição, avaliou-se inclusive quais tipos de clientes eram pesquisados.

#### **e 5) Outros indicadores**

Analisou-se se havia outros indicadores adotados pela instituição e que não estivessem enquadrados nas categorias citadas, inclusive analisou-se se o hospital trabalhava com algum indicador externo a instituição.

Outra observação realizada foi se havia compilação dos indicadores em relatórios gerenciais e qual a frequência de elaboração desses relatórios pelas instituições, se havia retorno desses relatórios para as áreas e subáreas e, finalmente, se as instituições trocavam essas informações com outros hospitais.

As questões abertas do instrumento buscaram conhecer a opinião dos administradores entrevistados sobre a utilização dos indicadores de desempenho, como ferramenta para a gestão dos hospitais e quais indicadores eles utilizam na administração dos hospitais.

### **6.7 Organização e análise dos dados**

Os dados foram organizados em quantitativos e qualitativos.

Para as questões de 1 à 27 do instrumento foi realizada análise qualitativa das seguintes variáveis:

- caracterização do entrevistado;

- caracterização da instituição;
- estrutura organizacional da instituição;
- instrumentos de controle financeiro da instituição;
- indicadores de utilização de leitos, produção/produktividade, recursos humanos, mortalidade, satisfação dos clientes.

Para análise e interpretação dos dados quantitativos utilizou-se a estatística descritiva, contemplando-se as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e a variabilidade ou dispersão dos dados através do cálculo das amplitudes de variações. Sendo uma amostra não probabilística e sim intencional, não foi realizada inferência estatística.

Os dados foram demonstrados em tabelas e quadros apresentados de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas.

Para as questões 28 e 29 foi utilizada a metodologia de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

### **6.7a Caminhos percorridos para aplicação do Discurso do Sujeito Coletivo**

Foram transcritos todos os depoimentos e realizadas várias sessões de leitura para adequada análise e compreensão do material.

Foram selecionadas as expressões chave, seguindo as recomendações dos autores de desprezar tudo o que é irrelevante, acessório, secundário, buscando extrair o máximo possível da essência do pensamento tal como ela aparece no discurso analisado(LEFEVRE; LEFEVRE,2000)

Através de reiterada e cuidadosa leitura, aglutinou-se as expressões chave semelhantes, e a partir daí elaborou-se as idéias centrais.

Realizou-se uma revisão das idéias centrais para reorganiza-las em idéias centrais amplas. A partir daí construiu-se os DSC correspondentes (anexo 2).

Procurou-se partir do geral para posteriormente ir para o particular no transcorrer dos discursos, respeitando a ordem temporal, de tal forma que ao se ler os discursos ,esses são percebidos como uma história narrada.

Foram inseridos conectivos para promover ligações entre as frases, bem como as pontuações necessárias e suprimiu-se expressões ou substituiu-se por sinônimos.



## 7. Resultados e discussão

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos nos nove hospitais pesquisados, de acordo com os objetivos propostos.

### 7.1 Caracterização dos dirigentes entrevistados:

Estarão sendo discutidas a seguir as variáveis relacionadas à caracterização dos nove dirigentes entrevistados, que forneceram as informações da pesquisa.

As tabelas 1 e 2 apresentam os dados relacionados a formação dos dirigentes e o tempo em que os mesmos ocupam o cargo atual, respectivamente, relacionando-os com os hospitais estudados, de acordo com o seu regime jurídico.

**TABELA 1 - Distribuição dos dirigentes entrevistados de acordo com sua formação - Ribeirão Preto - Agosto – 2002**

FORMAÇÃO	HOSPITAL	PÚBLICO		PRIVADO FILANTROPICO		PRIVADO C F L <sup>(1)</sup>		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MEDICINA		1,0	25,0	1,0	25,0	2,0	50,0	4,0	44,5
ADM. EMP <sup>(2)</sup>		—	—	1,0	50,0	1,0	50,0	2,0	22,2
BIOMEDICINA		—	—	1,0	50,0	1,0	50,0	2,0	22,2
ECONOMIA		—	—	—	—	1,0	100,0	1,0	11,1
ESP. EM ADM. HOSP. <sup>(3)</sup>		—	—	3,0	60,0	2,0	40,0	5,0	55,5

**Notas:**

(1) Privado CFL privado com fins lucrativos

(2) Adm. Emp administração empresas

(3) Espec. adm. Hosp. especialização em administração hospitalar

(-) corresponde a zero sem arredondamentos

**TABELA 2 – Distribuição dos dirigentes entrevistados de acordo com o tempo no cargo atual – Ribeirão Preto –Agosto -2002**

TEMPO NO CARGO	HOSPITAL		PÚBLICO		PRIVADO FILANTRÓPICO		PRIVADO C F L <sup>(1)</sup>		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 ANO	—	—	—	—	—	—	3,0	100,0	3,0	33,3
2 A 3 ANOS	—	—	—	—	—	—	1,0	100,0	1,0	11,1
4 A 5 ANOS	—	—	—	—	1,0	50,0	1,0	50,0	2,0	22,2
> 5 ANOS	1,0	33,3	—	—	2,0	66,6	—	—	3,0	33,3

**Notas:**

(1) Privado CFL privado com fins lucrativos

(-) corresponde a zero sem arredondamentos

Para Malik e Vecina (1990) a falta de profissionalização, de capacitação e desenvolvimento pessoal dos gestores são determinantes definitivas para o desempenho das instituições de saúde. Os hospitais possuem um histórico de improvisar dirigentes egressos da área médico assistencial, sem formação adequada para a gestão.

No Brasil ainda esbarramos numa filosofia na qual o médico diretor não precisa habilitar-se como executivo organizacional, sua função é de referência técnica acadêmica. Essa atividade é, em geral, complementar às suas atividades profissionais, centrada no bom senso, na sua liderança inata, no seu poder pessoal de congregar e de negociar. A atividade profissionalizada não se desenvolve, além de promover uma extensão do poder médico sobre o hospital (BARBOSA, 1996).

Quando analisamos na tabela 1 a formação dos dirigentes dos hospitais da amostra verificamos que, não há uma hegemonia da classe médica na direção dos mesmos pois, 55,5% dos dirigentes possuem formação ligada às áreas de biomedicina, administração de empresas e ciências econômicas e 44,5% são médicos.

Dos dirigentes que são médicos, há uma distribuição de 50% nos hospitais privados, 25% no hospitais filantrópicos e 25% no hospital público.

Da amostra estudada apenas o diretor do hospital I, que é privado com fins lucrativos, divide as atividades da carreira de médico com a administração do hospital, o restante dos dirigentes que são médicos, dedicam-se exclusivamente à atividade de direção do hospital em que atuam.

Outra observação importante verificada em relação à formação desses dirigentes é a busca pela especialização pois, ainda de acordo com a tabela 1, 55,5% deles possuem especialização em administração hospitalar, incluindo os 3 médicos que dirigem os hospitais privados e filantrópicos, apenas o médico que dirige o hospital público não possui especialização na área.

A portaria 2225 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) prevê a obrigatoriedade para os hospitais conveniados ao SUS que, pelo menos um dos dirigentes, possua formação na área de administração hospitalar e permaneça na instituição por tempo integral. Na amostra estudada todos os dirigentes dos hospitais conveniados ao SUS possuem a formação exigida pela referida portaria, e permanecem no hospital em tempo integral.

No manual do Centro de Controle da Qualidade (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 1998) e no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO,1999), um dos itens para avaliação da direção dos hospitais relaciona-se à obrigatoriedade do hospital possuir, na direção, pelo menos um profissional de nível universitário, com formação em administração hospitalar, e que permaneça pelo menos 6 horas na instituição. Nos dois

sistemas de avaliação citados, esse é um item obrigatório para o cumprimento de padrões mínimos de conformidade previstos nos manuais para avaliação da direção dos hospitais.

Verificou-se que há uma tendência de melhoria da capacitação dos dirigentes dos hospitais da amostra, ocorrendo de forma mais marcante no setor filantrópico, pois os gestores das três instituições filantrópicas possuem formação na área, o que certamente está ligado às exigências do SUS para credenciamento e avaliação de hospitais. Os três dirigentes que não possuem formação específica na área hospitalar atuam em instituições privadas com fins lucrativos.

Quando analisamos na tabela 2, o tempo de permanência no cargo atual dos dirigentes dos hospitais estudados, verificamos que, existe uma variabilidade que vai desde menos de 1 ano de atuação no cargo, até uma permanência no cargo atual, de 5 anos.

Para que haja uma continuidade de trabalho, implantação de um programa de gestão, acompanhamento e avaliação dos resultados a médio e longo, é necessário que haja uma estabilidade da gestão. O tempo de atuação dos dirigentes é dos fatores que podem influenciar nesta continuidade de ações e acompanhamento de resultados a médio e longo prazo.

Verificamos na tabela 2 que, nos hospitais filantrópicos e no hospital público os dirigentes estão há mais de 3 anos no cargo, sendo que, em dois hospitais filantrópicos e no hospital público estes dirigentes permanecem no cargo atual há mais de 5 anos.

Na rede privada com fins lucrativos verifica-se que os dirigentes estão no cargo, atual há menos tempo, em três instituições com fins lucrativos os dirigentes entrevistados estão há menos de 1 ano no cargo.

Em dois hospitais privados com fins lucrativos (G e C), ocorreu uma mudança no controle acionário no ano anterior ao da realização da pesquisa, nos hospitais D e H, ambos privados com fins lucrativos, houve uma reestruturação organizacional no ano anterior ao de realização da pesquisa, o que explica o menor tempo de permanência no cargo dos dirigentes dessas instituições.

Da amostra de hospitais com fins lucrativos apenas no hospital I o dirigente está no cargo há 5 anos.

Por possuírem maior flexibilidade administrativa, os hospitais privados com fins lucrativos, realizam mudanças organizacionais com mais rapidez, o que pode ser considerada vantagem competitiva para estas instituições. É necessário que se analise porém, que a velocidade das mudanças também pode ser um gerador de instabilidade e descontinuidade administrativa nas organizações, se não forem realizadas com planejamento adequado buscando dar continuidade aos macro objetivos da instituição.

## **7.2 Caracterização dos hospitais**

Descrevemos e discutiremos a seguir resultados relacionados à caracterização das instituições estudadas no que tange ao seu regime jurídico, fontes de financiamento, número de leitos, complexidade, tempo de funcionamento e morbidade, caracterizando inclusive, o município de Ribeirão Preto em relação à oferta de leitos hospitalares.

INSTITUIÇÃO	REGIME JURÍDICO	FONTES DE RECEITA	Nº LEITOS	COMPLEXIDADE	TEMPO DE FUNCIONAMENTO
HOSPITAL A	Público	SUS <sup>(5)</sup> / SMS SDD <sup>(4)</sup>	845	Terciária	46 anos
HOSPITAL B	Privado filantrópico	SUS / SMS SDD	100	Secundária	43 anos
HOSPITAL C	Privado CFL	SAMS <sup>(3)</sup> / SDD	48	Terciária	33 anos
HOSPITAL D <sup>(1)</sup>	Privado	SAMS / SDD	86	Secundária	18 anos
HOSPITAL E	Privado filantrópico	SUS / SMS SDD	140	Secundária	94 anos
HOSPITAL F*	Privado filantrópico	SUS / SAMS SDD	250	Terciária	108 anos
HOSPITAL G <sup>(2)</sup>	Privado CFL	SAMS / SDD	58	Secundária	20 anos
HOSPITAL H <sup>(1)</sup>	Privado CFL	SAMS / SDD	168	Terciária	70 anos
HOSPITAL I	Privado CFL	SAMS / SDD	95	Terciária	32 anos

(1) O Plano de Saúde dos Hospitais D e H é o mesmo, pertencendo a um grupo local de medicina de grupo

(2) O plano de saúde do hospital G pertence a um grupo nacional de medicina de grupo.

(3) SAMS – Sistema de Atenção Médica Supletiva: (Medicina de grupo, cooperativas médicas, seguros saúde e auto gestão)

(4) SDD – Sistema de Desembolso Direto dos Indivíduos

(5) SUS – Sistema Único de Saúde

**Quadro 1 – Distribuição dos hospitais de acordo com seu regime jurídico, fontes de receita, número de leitos, complexidade e tempo de funcionamento -Ribeirão Preto - Agosto – 2002**

O quadro 1 tem como finalidade proporcionar um panorama das características dos hospitais estudados. Verifica-se no mesmo que existe uma predominância de hospitais privados (88,8%) na amostra.

Todos os hospitais possuem como fonte de receita verbas provenientes do Sistema de Atenção Médica Suplementar (SAMS) e Sistema de Desembolso Direto

(SDD) pelo cliente, incluindo o hospital A que é público, além dessas fontes, 55% dos hospitais possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando relacionamos o tempo de existência com o tipo de hospital, verificamos que os hospitais fundados entre 20 e 30 anos atrás são todos privados e com fins lucrativos (hospitais C,D,G eI), suas datas de inauguração datam das décadas de 60 e 70, período em que ocorreu uma grande expansão dos serviços de saúde no país, decorrente de uma exacerbação da política médico assistencial privativista com a compra maciça dos serviços hospitalares pela Previdência Social (TANAKA, 1988; NOVAES, 2000).

A Fundação do hospital público da amostra acompanha a data da fundação do primeiro curso de Medicina e Enfermagem na década de 1950, promovendo uma concentração maior de profissionais da área da saúde na cidade a partir da década de 60 (D'ÓLEO ; FÁVERO, 1991).

A predominância de hospitais privados na amostra espelha a situação em nível nacional pois, dos 6.504 hospitais brasileiros, cerca de 66,3% são privados e 33,7% são públicos (JORGE ; GOTLIEB, 2000).

O único hospital público, que representa 11% da amostra é também considerado hospital de ensino, de acordo com portaria do MEC (1991), pertencendo a uma universidade pública estadual.

De acordo com Bittar (2002), no Brasil, apenas 2,3% dos hospitais são considerados universitários. Nas regiões Sul e Sudeste 40% dos hospitais públicos de ensino estão ligados à universidades públicas estaduais (COSTA ET AL, 1997).

Outra característica observada na amostra é a predominância dos hospitais com fins lucrativos, entre aqueles privados (55%) porém, observa-se forte presença do setor

filantrópico na amostra (33,3%), característica esta que corrobora com dados nacionais, demonstrados por França (1994).

O fato do único hospital público da amostra estar atendendo pacientes conveniados e particulares espelha uma tendência nacional, apesar de ser um fenômeno recente que faz face a perda de receita originária do SUS neste tipo de hospital (ALVES, 1997).

Quando comparada ao quadro regional a amostra também apresentou corroboração com resultados de outras pesquisas, que demonstram predominância de hospitais privados na região Sudeste, a região detém 46% dos leitos privados do país (FRANÇA, 94; PROHASA, 2001).

Na análise das fontes de financiamento dos hospitais, observa-se que padrão de segmentação do sistema de saúde acompanha os padrões nacionais, onde estas fontes são eminentemente públicas, sendo a prestação de serviços majoritariamente privada, pois o SUS repassa verbas para 79% de todos os hospitais brasileiros e para 46% dos hospitais privados (INDICADORES PROHASA, 2001). Os hospitais são contratados pelo SUS, sendo a autorização de Internação Hospitalar (AIH) a referência para pagamento dos serviços prestados.

Na amostra estudada 55% dos hospitais recebem verbas do SUS, ou seja, 45% são financiados pelo SAMS, que se compõe de seguros saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas e planos de auto gestão, além do S.D.D. pelo usuário. Os maiores financiadores da medicina suplementar nos hospitais da amostra são, uma cooperativa médica e um plano de medicina de grupo, ambos detém aproximadamente 90% dos usuários de medicina suplementar da cidade, perfazendo um total de 220.000 usuários.



Ao analisar o regime jurídico dos hospitais percebe-se forte presença do setor privado, mas quando se analisa o financiamento pelo número de leitos, verifica-se que, dos 845 leitos públicos, 823 são destinados ao atendimento SUS. Os hospitais privados conveniados dedicam 450 leitos ao atendimento SUS. Portanto, do total de leitos dos hospitais da amostra, 1 273 estão conveniados aos SUS e correspondem a 72% dos leitos totais.

O SAMS e o SDD financiam 517 leitos, o que corresponde à 28% dos leitos totais da amostra.

Apesar da população da cidade apresentar uma cobertura de aproximadamente 40% pelo SAMS, média esta muito acima da cobertura nacional, que é aproximadamente 25% da população brasileira (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004), a distribuição do financiamento de leitos na cidade não se dá nessa proporção. Considerando que, aproximadamente 220.000 habitantes da cidade estão cobertos pelo SAMS, encontramos uma proporção de menos de dois leitos para cada 1000 habitantes, dedicados ao atendimento desses pacientes. Quando considerarmos a população total da cidade a cobertura proporção de leitos pelo Sistema Único de Saúde é de 4,6 para cada 1000 habitantes.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1997), o índice nacional de contratados pelo Sistema Único de Saúde é de 2,5 por 1000 habitantes, portanto, a cobertura de leitos SUS na cidade apresenta-se acima da média nacional.

A quantificação de leitos hospitalares realiza-se tradicionalmente pelo índice: leitos/1000 habitantes, considerado pela Organização Panamericana de Saúde um dos indicadores de “atividade de saúde” e de equidade na oferta de serviços, embora esse

índice ignore o envolvimento de fatores ligados diretamente a área de cobertura destes leitos e ao tipo de cobertura oferecida pelos mesmos, os quais mudam sensivelmente as possibilidades de atenção por um determinado recurso (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA SAÚDE, 1985,1986).

No caso de Ribeirão Preto, que possui uma média leitos/1000 habitantes acima do preconizado pela literatura, deve-se observar um contexto em que a cidade é sede de uma regional de saúde e atende a uma demanda muito maior do que aquela circunscrita ao município, já que é considerada referência pelo SUS para casos de média e alta complexidade, portanto, o referencial da população da cidade pelo número de leitos não esta adequado para uma avaliação de cobertura de demanda.

As características demográficas, socioeconômicas, nosológicas e culturais da população, os hábitos médicos, organização e distribuição dos leitos hospitalares, os sistemas de atenção médica, o tipo de pagamento e condições de moradia, interferem na necessidade de demanda de leitos hospitalares para determinada região (BARQUIM,1983).

Paganinni (1993) discute a influência do número de leitos do hospital e sua relação com custo e os produtos de sua atenção, apesar de ressaltar que são necessárias outras variáveis associadas ao porte para conseguir estabelecer uma correlação com os resultados de desempenho da instituição.

Verificou-se nos hospitais estudados, de acordo com o quadro 3, que 55,5% possuem de 51 a 150 leitos, sendo considerados de médio porte, de acordo com a portaria 400 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1978). Os hospitais considerados de

grande porte que possuem acima de 151 correspondem a 33,3% da amostra. Predominam, portanto, os hospitais de médio e grande porte na amostra.

Os hospitais com maior número de leitos são, o A que é público e de porte especial, possuindo 846 leitos e o F, que é privado, filantrópico, possuindo 250 leitos, o restante dos hospitais possui até 151 leitos. Na amostra apenas o hospital C que é privado com fins lucrativos possuindo 48 leitos, é considerado de pequeno porte.

No Brasil predominam os hospitais de pequeno porte, pois 55,2% possuem até 50 leitos, 30,1% possuem de 51 à 150 leitos, apenas 14,5% possuem mais de 150 leitos (NOVAES ; PAGANINI, 1992). Foram encontradas diferenças entre pesquisas nas definições de porte de hospitais no Brasil.

Na análise da complexidade dos leitos dos hospitais da amostra verifica-se que 78% dos leitos são dedicados ao atendimento terciário, pertencendo à instituições que realizam atendimentos de alta complexidade que, segundo a portaria 2 225 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), são os atendimentos em centros cardiovasculares, neurocirurgia, oncologia, cirurgia bariátrica, atendimento a queimados, traumatologia ortopedia e transplantes. Apenas 22% dos leitos da amostra estão em hospitais que prestam atendimento em nível secundário.

Nos hospitais privados com fins lucrativos, 68% dos leitos são de nível terciário, nos hospitais filantrópicos, 51% dos leitos são de nível terciário e, 100% dos leitos públicos são de nível terciário.

Dos leitos conveniados ao SUS, 82% estão em instituições que prestam atendimento em nível terciário.

A tendência ao aumento de demanda de internação de casos mais complexos no país pode ser observada nos dados do SUS, os quais demonstram que, o atendimento hospitalar de alta complexidade variou positivamente em 104%, de acordo com as autorizações de internações hospitalar do ano de 1995 até 1999. São Paulo foi o estado que, neste período, concentrou o maior número de AIHs de alta complexidade (SOEIRO, 2002).

A espacialização da cobertura de leitos no Brasil é bastante heterogênea e varia de 2,1 a 3,7 leitos por mil habitantes, nas 5 regiões do território nacional. Na região sudeste a média desta proporção é de 3,4 leitos/1000 habitantes (JORGE; GOTLIEB, 2000).

A portaria 3046 do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1982) preconiza para o Brasil uma relação de 2,32 leitos por 1000 habitantes.

Nic citado pela Associação Médica Brasileira (1993), determina para o Brasil uma necessidade de 2,5 leitos para cada 1000 habitantes.

Nos Estados Unidos preconiza-se uma média de 2,2 leitos por 1000 habitantes, segundo Gordon (1987). No Canadá, onde são ofertados 2,5 leitos/1000 habitantes, o governo pretende diminuir esta oferta para 2 leitos por 1000 habitantes (SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE 1998). Na Inglaterra o número de leitos disponíveis por 1000 habitantes caiu de 10,8 em 1951 para 4,9 em 1995 (COSTA ET AL 2001)

No seu estudo em hospitais da região de Ribeirão Preto D'óleo e Fávero (1993) encontraram, na década de 80, uma relação de leitos por 1000 habitantes acima das necessidades preconizadas pela literatura, além de uma predominância de hospitais de médio e grande porte na cidade, após a realização desta pesquisa houve a fundação de

mais um hospital privado filantrópico e aumento do número de leitos em outros hospitais.

Enquanto percebe-se uma tendência mundial e nacional no sentido da desospitalização, e criação de serviços ambulatoriais, os hospitais de Ribeirão Preto apresentaram um aumento no seu número de leitos. Levando-se em conta a proporção de 2,5 leitos para cada 1000 habitantes, e um crescimento anual 1,2% da população ao ano a capacidade de leitos da cidade estaria atendida até o ano de 2010.

Em estudo nos hospitais da cidade de Campinas que, como Ribeirão Preto, também é considerada pólo de saúde de uma região, Soeiro (2002) verificou que, a tendência a desospitalização nessa cidade, também tem sido lenta. O autor justifica que a lentidão no processo de desospitalização está relacionada desde a questão da superespecialização dos profissionais médicos da cidade, até o fato dos convênios remunerarem melhor os procedimentos realizados em regime de internação. .

A existência de profissionais super especializados, incorporação de tecnologia complexa e pagamento diferenciado pelo SAMS, para procedimentos realizados em regime de internação, alavanca a geração de novos leitos hospitalares na cidade, principalmente nos serviços que prestam atendimento em nível terciário.

Para Bittar (2003), há uma inversão na lógica tanto da procura da população por serviços quanto para distribuição equitativa de recursos nos níveis primários, secundário e terciário de atenção a saúde, gerando sobrecarga nos serviços de nível secundário e terciário. O autor afirma que, grande parte dos casos atendidos nos serviços terciários poderiam ser resolvidos com procedimentos simples, mas, distorções culturais e de

políticas de distribuição de recursos levam a sobrecarga das instituições de saúde mais complexas.

Os dados do Centro Processamento de Dados Hospitalares da Faculdade de Medicina da USP (CPDH) demonstram que, a maioria dos hospitais existentes nas cidades que pertencem a região de Ribeirão Preto são de níveis secundário, não oferecendo condições de resolubilidade para casos mais complexos que são encaminhados para Ribeirão Preto.

Segundo o CDPH, os hospitais de Ribeirão Preto foram responsáveis por 106.558 internações no ano de 2002, o que totaliza 21% da população da cidade, índice acima dos 9% da população preconizado pela norma operacional padrão 96 do MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 1996).

Os dados do CDPH demonstram que, do total de internações nos hospitais da amostra no ano de 2002, 40% eram de pacientes oriundos de outras cidades.

Além da falta de resolubilidade dos serviços oferecidos pelas cidades da região, a grande concentração de leitos na cidade certamente está vinculada à questão desta ser um centro urbano com grande desenvolvimento científico tecnológico, com alta concentração de cursos na área da saúde.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto, Lana et al (1993) referem que, os recursos assistenciais presentes nos municípios da região carecem de resolubilidade capaz de reter em sua própria área de abrangência casos mais complexos, o que gera uma demanda destes casos para o município de Ribeirão Preto.

O envelhecimento da população da cidade também é um fator que contribui para o aumento da demanda de atendimento a pacientes que necessitam de atenção de nível

terciário. Segundo o censo demográfico do IBGE 2000, a população acima de 60 anos da cidade, subiu de 8 para 10% de 1991 à 2000 (CODERP 2003).

**Tabela 3 - Distribuição das altas hospitalares dos hospitais da amostra, segundo os capítulos da CID 10, de acordo com o diagnóstico principal - Ribeirão Preto - Agosto - 2002**

CAUSAS	HOSPITAIS	Público				Privados CFL <sup>(2)</sup>				
		A	B	E	F	C	D	G	H	I
<b>I</b>	Doenças Infecciosas Parasitárias	4,8	4,3	3,7	1,8	2,4	1,2	1,2	2,1	1,8
<b>II</b>	Neoplasias ( Tumores )	8,2	5	11,4	5,5	9,8	4,9	8,4	1,1	11,6
<b>III</b>	Doenças - sangue e órgãos hematopoiéticos	1,3	0,6	0,3	0,3	0,3	0	0,1	0,6	0,5
<b>IV</b>	Doenças endócrinas/Nutricionais metabólicas	2,4	3,1	2,7	1,1	3,1	0,9	1,8	2,2	4,1
<b>V</b>	Transtornos mentais / Comportamentais	4,1	0	0,2	0,2	0,2	0	0	0,2	0,2
<b>VI</b>	Doenças do sistema nervoso	2,1	2,1	1	1,1	1,7	0,1	1	2,4	2
<b>VII</b>	Doenças dos olhos / anexos	1,8	0,1	0	1,4	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1
<b>VIII</b>	Doenças do ouvido	0,8	1,7	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,5	0,5
<b>IX</b>	Doenças do aparelho circulatório	24,4	15,7	22,5	17	13	1,2	12,6	24,4	19,2
<b>X</b>	Doenças do aparelho respiratório	6,4	16,3	15,2	5,9	7,1	3,7	8	6,8	7,9
<b>XI</b>	Doenças do aparelho digestivo	7,7	8,3	12,8	12,2	14,5	2,5	14,6	15,2	13,1
<b>XII</b>	Doenças da pele e tecido subcutâneo	1,2	1	1,1	1	2,7	0,7	0,5	0,6	0,7
<b>XIII</b>	Doenças do sist. osteo muscular e tecido conj.	4,4	8,5	5,3	2,7	5,9	0,2	7,5	9,6	5,3
<b>XIV</b>	Doenças do aparelho genito urinário	5,7	4,1	6,5	5,8	15,4	13	9	9,6	10,9
<b>XV</b>	Gravidez/ parto/ puerpério	8,1	2,2	0	18	7,2	33,3	14,6	0,1	6,7
<b>XVI</b>	Afecções do período perinatal	0,5	2,5	0	2	1,7	5,7	3	0	1,3
<b>XVI</b>	Mal formações congênitas	2,5	2,4	0,3	1,1	0,4	1,1	0,5	0,8	1
<b>I</b>	<b>XVI</b> Sint./ sinais e afecções mal definidas	3,7	2,4	2,2	1,1	1,5	0,8	1,1	1,8	1,5
<b>II</b>	<b>XIX</b> Lesões / envenenamento/ causas externas	11,7	14,6	12,5	9,5	6	0,1	4,6	9,8	5,4
<b>XXI</b>	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	9,1	4	1,1	11,5	5,2	29,4	10,2	0,9	5,2

**Fonte** Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**Notas:****(1) Priv./Filantrópicos** Privados/Filantrópicos**(2) CFL** Com fins lucrativos**(0) correspondente a zero resultante de arredondamento.**

A tabela 3 apresenta a morbidade dos hospitais da amostra no ano de 2002, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), de acordo com o diagnóstico principal de saída dos pacientes.

O grupo apresenta homogeneidades quando se analisa a morbidade, independente do regime jurídico, porte ou mesmo complexidade pois, os diagnósticos com maior frequência são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, e lesões por causas externas, além de gravidez e parto, nos hospitais que possuem maternidade. Somente o hospital D, que atende mulheres e crianças, apresenta morbidade diferenciada do restante do grupo.

Lana et al (1993), já demonstraram em análise da morbidade nos hospitais de Ribeirão Preto uma concentração maior de doenças do aparelho circulatório, neoplasias e lesões por causas externas.

Quando se exclui o hospital D, o grupo de hospitais privados com fins lucrativos apresenta uma maior concentração de diagnósticos relacionados à doenças do aparelho circulatório, digestivo, respiratório e genito urinário, superando a frequência de diagnósticos relacionados ao trauma.

Os hospitais desse grupo apresentam algumas especificidades individuais. O hospital I tem alta concentração de diagnósticos de neoplasia em relação aos outros, tendo em vista possuir um centro de atendimento em quimioterapia. O hospital H tem uma maior concentração de atendimentos a lesões por causas externas, pois possui



serviço de traumatologia ortopedia, inclusive com acompanhamento ambulatorial e não apresenta nenhum parto pois não possui maternidade. O mesmo tria suas pacientes de obstetrícia para o hospital D que pertence ao mesmo grupo controlador.

Sendo o atendimento do hospital D exclusivo para mulheres, verifica-se que, 60% dos seus diagnósticos estão relacionados a gravidez, puerpério e aos fatores que influenciam o estado de saúde que, no caso específico desta instituição, são procedimentos relacionados à fertilização artificial.

O atendimento ao trauma aparece com maior frequência no hospital público e nos filantrópicos, tendo em vista os mesmos serem referência para os Serviços de Resgate da cidade e das rodovias regionais, que são os maiores responsáveis pelo encaminhamento desse tipo de paciente para os hospitais.

A análise da morbidade nos hospitais filantrópicos também demonstra algumas especificidades de cada hospital tais como, a maior concentração de diagnósticos de neoplasia no hospital E, em relação aos outros, devido ao fato do hospital possuir um ambulatório de atendimento em oncologia com realização de quimioterapia, servindo como porta de entrada de internação para esses pacientes na instituição. Como não possui maternidade o hospital não tem pacientes com diagnósticos a gravidez e parto.

O hospital F, ao contrário do hospital E, apresenta frequência alta de diagnósticos de gravidez e parto por conta dos seus 20 leitos de maternidade.

O hospital B possui um ambulatório de atendimento em traumatologia ortopedia, que tria esse tipo de paciente para a internação, na instituição o que condiciona a alta concentração de pacientes com diagnósticos relacionados ao sistema de ósteo muscular e lesões por causas externas nesse hospital, sendo o maior do grupo de hospitais

filantrópicos, inclusive sendo maior que a do hospital público. O hospital B também possui a maior frequência de diagnósticos de mal formações congênitas de todo o grupo de privados que, praticamente a mesma do hospital público devido a sua UTI neonatal de grande porte.

A análise da tabela 3 permite inferir que, em Ribeirão Preto não existe uma sobrecarga de encaminhamento de pacientes com trauma, doenças do aparelho circulatório, respiratório e oncológico para o hospital público, como a que ocorre em outras cidades que possuem esse tipo de hospital. Percebe-se uma maior homogeneidade na distribuição desses pacientes por toda a rede que atende SUS na cidade, esta readequação deve-se a Central Única de Regulação implantada pela prefeitura em 1996, reorganizando o atendimento hospitalar na cidade, principalmente de leitos do SUS. A central trabalha com radio operadoras e telefonistas que atendem, juntamente com um médico regulador, encaminhando os pacientes para os locais adequados de atendimento, quer sejam Unidades Distritais de Saúde, hospitais secundários ou terciários.

É necessário destacar que, para uma análise específica da complexidade dos pacientes atendidos nos hospitais seriam necessários dados adicionais aos de morbidade, tendo em vista que é necessário levar em conta além da doença apresentada o índice de gravidade dos pacientes, que só pode ser medido após levantamento de indicadores clínicos, o grau de gravidade associado ao tipo de patologia dos pacientes atendidos serão de capazes de demonstrar a real complexidade dos pacientes atendidos.

A alta concentração de renda na região proporciona para aproximadamente 40% da população da cidade uma cobertura pelo sistema de saúde suplementar (Coderp, 2003). Segundo o Banco Mundial (1995), no Brasil há uma tendência de concentração

dos planos privados de saúde nas regiões mais ricas, com exceções dos planos de auto gestão, que estão distribuídos mais uniformemente em todo o país. Desta forma mantém-se a lógica do monopólio do setor privado e da menor dependência dos hospitais privados da cidade de verbas do SUS.

Este mosaico institucional com presença importante do setor privado reflete com bastante clareza o efeito das políticas de saúde das últimas décadas, determinando as formas de organização e de acesso aos serviços de saúde no país.

No caso de Ribeirão Preto o número e a complexidade dos leitos hospitalares pode constituir-se num elemento de acréscimo ao caráter complexo das suas organizações hospitalares, pois acrescenta quantidade e diversidade das tecnologias empregadas. Estes fatores influenciarão com certeza na gestão destas instituições já que o número de serviços e profissionais envolvidos é maior, nível de qualificação dos profissionais envolvidos é mais elevado e com maior diversidade de especialidades de acordo com o tipo de atendimento oferecido pela instituição.

A análise de que o número/leitos/1000 habitantes na cidade esta acima do preconizado na cidade de Ribeirão Preto, só é válida quando trabalhamos com os leitos financiados pelo SUS pois, o número de leitos dedicados aos usuários do SAMS esta abaixo do preconizado e deveria ser objeto de análise por parte dos dirigentes dos hospitais que atendem ao SAMS, no sentido de realizar prospecções futuras em relação à existência de demandas reprimidas nesse segmento.

De acordo com o cenário apresentado verifica-se que, sem conhecer o macroambiente onde estas instituições estão inseridas, as determinantes político ambientais que influenciarão no tipo de demanda que estas instituições estarão

atendendo e quais as reais necessidades da população envolvida os dirigentes dos hospitais em questão encontrarão dificuldades na implementação de uma administração estratégica.

A atenção ao ambiente através de seus indicadores é imprescindível para o planejamento de ações, estabelecimento de metas e avaliação dos resultados da instituições neles inseridas. A análise do ambiente é geralmente a etapa mais importante do plano estratégico, quando se busca uma gestão estratégica, pois na análise ambiente são identificadas as oportunidades e ameaças, que são as principais condicionantes da eficácia organizacional, ou seja, para se ter sucesso deve-se aproveitar as oportunidades e evitar ameaças (ALMEIDA, 2001).

Não se evidenciou que os dirigentes entrevistados utilizem qualquer indicador relacionado ao ambiente onde os hospitais do estudo se inserem, ou seja, a morbidade atendida, número de leitos/1000 habitantes, a complexidade e o tipo de financiamento dos leitos do município, não são objeto de análise destes dirigentes para gestão dos seus hospitais, de acordo com as respostas obtidas para questão de número 27 do formulário de entrevista que trata da utilização de indicadores externos à instituição.

### **7.3 Estrutura Organizacional das Instituições**

A seguir se dará a análise e discussão dos resultados relativos à forma como os hospitais da amostra se organizam estruturalmente.

Para Koontz e O' Donnell (1974) a “organização” é uma das funções da administração acompanhada do planejamento, coordenação, avaliação e controle. Os autores definem a função “organização” como um “agrupamento de atividades necessárias para atingir os objetivos da empresa”.

Bittar (1997) destaca que muitos dos aspectos necessários ao planejamento tem sua base na organização, ou seja, as funções da administração apesar de distintas são muito interligadas e, para que a organização se de efetivamente numa instituição hospitalar é imprescindível a normalização em todos os níveis e áreas da mesma.

Atualização de instrumentos organizacionais de normalização interna da instituição permitem um melhor enquadrinhamento e conhecimento do ambiente interno da mesma da empresa.

A ausência de instrumentos organizacionais ainda é uma deficiência das instituições hospitalares. Numa análise de 26 hospitais complexos brasileiros, Azevedo (1989) demonstrou que, em 23,1% dos hospitais analisados a estrutura organizacional deficiente era fator relevante dentre os problemas encontrados, sendo que, em alguns, esta estrutura era praticamente inexistente, e a administração era conduzida em termos informais. A maioria dos estabelecimentos estudados pelo referido autor possuía alguns instrumentos organizacionais regularmente utilizados, quatro estabelecimentos eram

conduzidos exclusivamente por mecanismos informais, apenas três hospitais do estudo possuíam a sua atividade administrativa totalmente normalizada.

Os principais documentos de normalização numa instituição hospitalar são o “estatuto”, que constituiu-se no conjunto de normas básicas que rege a instituição definindo seus objetivos e sua organização, e o “regulamento”, que é o ato normativo destinado à esclarecer e complementar o estatuto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1966).

Apesar de já ter sido demonstrado no quadro 1 que todos os hospitais foram fundados há mais de 20 anos, nem todos possuem uma estrutura organizacional básica implantada.

**TABELA 4 – Distribuição dos hospitais de acordo com a existência de estatuto, regulamento e organograma– Ribeirão Preto – Agosto-2002**

OCORRÊNCIA	HOSPITAL		PÚBLICO		PRIVADO FILANTROPICO		PRIVADO CFL <sup>(1)</sup>		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COM ESTATUTO	1,0	100	3,0	100	3,0	60	7,0	77,7		
COM REGULAMENTO	1,0	100	3,0	100	5,0	100	9,0	100		
COM ORGANOGRAMA	1,0	100	3,0	100	2,0	40	6,0	66,6		

**Nota:**

(1) Privado CFL Privado Com Fins Lucrativos

Verificamos na tabela 4 que, 77,7% dos hospitais possuem estatuto e 100% possuem regulamento. Importante ressaltar que, regulamento e estatuto são exigências legais para funcionamento de uma instituição hospitalar de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 1966).

Outra normalização imprescindível para organização de uma instituição hospitalar é a descrição da sua estrutura organizacional ou “organograma”, o qual

demonstra a hierarquia de todas as áreas e subáreas, com suas respectivas posições dentro da empresa.

A tabela 4 aponta que há deficiência na definição da estrutura organizacional dos hospitais da cidade pois, 44,4% não possuem organograma formalmente implantado.

Todos os hospitais filantrópicos e o hospital público possuem uma descrição da estrutura organizacional formalmente implantada através de um organograma. Dos hospitais com fins lucrativos somente 40% possuem organograma implantado.

Os três hospitais com fins lucrativos que não possuem organograma são o G e o C, que haviam mudado de controle acionário no ano de realização da pesquisa, e o H que havia passado por reestruturação administrativa no ano da realização da pesquisa, estando com sua estrutura organizacional ainda por definir.

Estes hospitais privados com fins lucrativos que não possuem organograma são os mesmos onde os dirigentes entrevistados estão há menos tempo no cargo atual. Como já foi comentada anteriormente a rapidez e a facilidade de mudanças neste tipo de instituição apesar de ser um diferencial de competitividade da organização, pode gerar descontinuidade, é necessário que se conheça qual a estratégica que a entidade vem seguindo, para que se procure, sempre que possível, não mudar radicalmente de direção.

Verificou-se que o padrão de organização é mais bem definido no hospital público e nos privados filantrópicos do que em relação a rede de hospitais com fins lucrativos, o diferente do que foi encontrado por Bittar (1994) em uma análise realizada em nove hospitais da cidade de São Paulo, onde a rede de hospitais privados com fins lucrativos apresenta-se com maior grau de organização em relação a rede de hospitais filantrópicos e público.

#### 7.4 Instrumentos de controle financeiro das instituições

Procede-se neste item a demonstração e discussão dos resultados no que se refere à utilização instrumentos básicos de controle financeiro pelos hospitais, através de verificação da existência de balanço/balancete, auditoria contábil independente e orçamento anual, descritos na tabela 5.

Buscou-se analisar se as instituições trabalhavam seus dados financeiros no mínimo de forma legal, ou seja, com execução de balanços/balancetes, auditoria contábil externa e se existe um planejamento financeiro através da elaboração de um orçamento anual pré-estabelecido.

**Tabela 5 – Distribuição dos hospitais de acordo com a existência de balanço/balancete, auditoria contábil externa e orçamento anual – Ribeirão Preto – Agosto - 2002**

HOSPITAL	PÚBLICO		PRIVADO FILANTROPICO		PRIVADO CFL <sup>(1)</sup>		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OCORRÊNCIA								
BALANÇO / BALANCETE	1,0	100	3,0	100	5,0	100	9,0	100
AUDITORIA EXTERNA PERIODICA	1,0	100	3,0	100	5,0	100	9,0	100
ORÇAMENTO ANUAL	1,0	100	2,0	75,0	1,0	20,0	4,0	44,4

**Nota:**

(1) **Privado CFL** Privado Com Fins Lucrativos

A tabela 5 demonstra que todas as instituições realizam balanço e balancete e auditoria contábil externa periodicamente (no mínimo anual). O hospital A, por ser público, é auditado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Verificou-se que, somente 44,4% dos hospitais realizam um planejamento financeiro de longo prazo através da elaboração de orçamento anual, os outros 22% das instituições não possuem orçamento e, 33,3% referem estar em fase de montagem de orçamento anual.



Para Baptist in Bittar (2002) existem quatro razões para que as instituições trabalhem com a elaboração de orçamentos e, para isso, devem conhecer a sua contabilidade de custos: 1) desenvolver dados acurados para serviços individuais que estarão disponíveis para desenvolvimento dos preços; 2 ) prover a administração com informação necessária para modificar preços de procedimentos quando apropriado; 3) alimentar o custo por procedimento na cesta, obtendo precisão nos custos e finalmente, prover os diretores com informações necessárias para alcançar grande eficiência e produtividade na suas áreas e subáreas.

O orçamento deve ser considerado um dos principais instrumentos gerenciais, facilitando a tomada de decisões e deve ter como princípios básicos a universalidade, unicidade, periodicidade e equilíbrio, devendo ser bem divulgado na instituição (BELCHIOR,1976).

É importante que os dirigentes hospitalares tenham informações financeiras em tempo real, válidas e interpretáveis, as quais permitam que eles tomem decisões operacionais em resposta às ameaças de mudança no ambiente dos cuidados de saúde (GLANDON, 1987).

Todos os hospitais demonstram possuir informações financeiras básicas, mas somente 44,4% deles utiliza os dados para ações proativas na gestão financeira, elaborando um orçamento anual.

Os hospitais privados filantrópicos apresentam-se estarem organizados na questão da gestão financeira pois, 75% destes trabalham com orçamento anual. Dos privados com fins lucrativos apenas 11,1%, ou seja, apenas um deles (hospital G)

trabalha com orçamento anual, sendo que, o seu orçamento não é elaborado pelo dirigente local e sim pela empresa controladora do grupo ao qual o hospital pertence.

A ausência de instrumentos de financeira prospectiva, o desconhecimento do ambiente externo pelos dirigentes, aliados a uma estrutura organizacional pouco definida dificultam a formulação e implantação de estratégias bem como a avaliação e controle de programas e serviços da instituição.

## **7.5 Indicadores**

Serão apresentados e discutidos neste item os resultados de todas as variáveis ligadas aos indicadores de utilização de leitos, produção, produtividade, recursos humanos, mortalidade e satisfação dos clientes.

### **7.5.a Utilização de leitos hospitalares**

Os chamados indicadores da utilização de leitos hospitalares estão estreitamente relacionados entre si, por exemplo, a taxa de ocupação de um hospital varia muito em função da sua média permanência, e o índice de renovação ou giro leito está ligado ao número total de leitos e a média de permanência.

Estes indicadores estão estreitamente ligados à produtividade dos hospitais pois, são considerados mais produtivos, aqueles hospitais que apresentam menor tempo médio de permanência, maior índice de renovação de leitos, menor índice de intervalo de substituição e maior taxa de ocupação (ALVES ,1997; ZUCCHI ; BITTAR, 2002).

Pode haver relação direta entre o tempo de permanência e o estado geral dos pacientes, contudo, além da doença, a permanência pode ser afetada por questões administrativas tais como, aumento da permanência devido à atrasos na execução de

exames ou procedimentos, redução da mesma devido à falta de leitos, ou ainda fatores econômicos como a redução da permanência induzida pela instituição financiadora da internação ou pelo próprio hospital. Existem também os fatores sociais como, aumento da permanência por questões sócio econômicas do paciente ou, por conta da distância do domicílio até o hospital (ZANON, 2001).

Murphi (1999) refere que o tempo de permanência do paciente é um indicador que pode retratar a eficiência da assistência prestada pelo hospital, mas deve estar vinculado a outros parâmetros para que seja analisado como indicador de eficiência.

**TABELA 6 - Distribuição dos hospitais de acordo com a média de permanência, porcentagem de ocupação, índice de renovação de leitos e número de paciente dia – Ribeirão Preto – agosto-2002**

INDICADORES \ HOSPITAIS	Público		Privados Filantrópicos			Privados CFL <sup>(1)</sup>					Mediana	Média
	A	B	E	F	C	D	G	H	I			
<b>MÉDIA DE PERMANÊNCIA</b>	6,2	4,6	3,5	5,0	2,3	2,0	3,0	3,5	2,5	3,5	3,6	
<b>% DE OCUPAÇÃO</b>	74,5	66,5	63,3	90,0	72,9	46,4	30,0	70,0	70,3	70,0	64,8	
<b>ÍNDICE RENOVAÇÃO DE LEITOS</b>	3,9	5,7	5,0	n.m <sup>(2)</sup>	n.m	n.m	n.m	n.m	5,9	5,3	5,1	
<b>NÚMERO DE PACIENTES DIA</b>	543,0	68,8	91,0	175,0	35,0	43,6	16,0	120,0	66,5	68,8	123,0	

Notas:

(1)Privados CFL Privado com fins lucrativos

(2)n.m não mede

De acordo com tabela 6, a amostra estudada apresenta um valor médio de permanência de 3,6 dias e uma mediana de 3,5 dias, sendo os valores máximos de 6,2 dias no hospital A e mínimos de 2,0 dias no hospital D.

D'Óleo e Fávero (1993) demonstraram uma média de permanência nos hospitais da região de 4,9 dias em 1988, com uma variação máxima de 6,8 no hospital público, e

mínima de 2,4 dias em um hospital privado, constatando-se que a média de permanência dos hospitais da região diminuiu na última década.

A tendência de diminuição da média de permanência esta ligada a maior precisão e rapidez no diagnóstico, devido ao desenvolvimento dos serviços complementares, além do desenvolvimento tecnológico ocorrido com drogas, órteses, próteses e procedimentos que influenciam diretamente no tempo de internação necessário ao restabelecimento dos pacientes (SLOAN; VALCONA, 1986).

Num estudo de 15 anos em hospitais dinamarqueses Bogtrykkeri (1997), demonstrou que a média de permanência diminuiu de 9,9 para 6,6 dias.

Em contra partida, Zanon (2001), demonstra evolução do tempo médio de permanência de um hospital privado de São Paulo de 2,8 dias em 1992 para 3,8 dias em 1999, e relaciona o fato à complexidade crescente no atendimento desse hospital, ou seja, os pacientes que permanecem internados são mais graves requerendo maior tempo de permanência.

Bittar (1994) encontrou valores de permanência em nove hospitais da cidade de São Paulo que variaram de 3,1 até 6,8 dias, com uma média de 5,0 dias. As maiores médias encontradas pelo autor foi nos hospitais públicos e as menores em hospitais privados, corroborando com os resultados encontrados neste estudo pois, verifica-se na tabela 6, que as médias de permanência dos hospitais privados com fins lucrativos variaram de um valor máximo 3,5 dias até um valor mínimo de 2,0 dias. No grupo de hospitais privados filantrópicos essa variação vai de um valor máximo de 5 dias até um valor mínimo de 3,5 dias e, finalmente o hospital público apresenta a média de permanência mais alta da amostra 6,4 dias.

A análise desta frequência de valores de médias de permanência nos hospitais estudados ratifica as observações realizadas por França (1994) que afirma que leitos públicos apresentam menor produtividade que os privados, por serem responsáveis pelo maior atendimentos de doenças crônicas e pelos leitos de longa permanência. Além disso, a lógica do setor privado é de utilizar sua plena capacidade instalada, enquanto no setor público não existe uma política que estabeleça critérios de rotatividade de leitos, além de haver setorização dos mesmos por especialidades ligadas ao curso de medicina, quando estes leitos estão em hospitais universitários, o que restringe a sua produtividade.

No caso de Ribeirão Preto o hospital público, por ser universitário, apresenta esta característica de setorização de leitos por especialidades, o que engessa sua capacidade de girar leitos, além disso, pacientes são internados, precocemente para realização de exames pré procedimentos, a alta é tardia por questões sócio econômicas dos pacientes e também por não haver um serviço de acompanhamento domiciliar.

No SAMS os financiadores e os hospitais por ele financiados gerenciam a utilização de leitos através do pré estabelecimento de tempo de internação, realização de exames pré procedimentos somente em regime ambulatorial, além de serviço acompanhamento domiciliar que favorece a alta precoce.

As duas maiores empresas financiadoras da medicina suplementar da cidade possuem serviços de atendimento domiciliar incentivando altas precoces e, inclusive, acompanhando pacientes crônicos que estariam internados, apenas por dependência de cuidados de enfermagem e fisioterápicos.

Há uma outra tendência dos financiadores do SAMS que é a de realizar o pagamento de alguns procedimento por pacotes com preços fechados, independente de

intercorrências ou tempo de internação do paciente. A cooperativa médica que possui em torno de 110 000 usuários na cidade já trabalha nesse esquema para vários procedimentos de alto custo, sendo que, sete dos hospitais da amostra atendem pacientes desse convênio. Portanto esses hospitais necessitam promover uma auto regulação do tempo de permanência dos seus pacientes, tendo em vista a questão dos custos.

A regulação pelo sistema financiador pode ser, portanto, um fator tão importante quanto à complexidade dos pacientes atendidos quando se analisa a média de permanência. O hospital H, por exemplo, é de grande porte é referência de atendimento terciário para todos os usuários do seu plano saúde, que são em torno de 110.000 vidas na cidade de Ribeirão Preto, possui uma frequência de diagnósticos de saída muito semelhante a do hospital público realizando inclusive transplantes e, mesmo assim, apresenta uma média de permanência de 3,5 dias, bem abaixo daquela demonstrada pelo hospital público e pelo filantrópico.

O tipo de paciente atendido como fator isolado também constituiu-se numa determinante da média de permanência já que, a menor média da amostra é do hospital D que atende mulheres nas áreas de ginecologia/obstetrícia e cirurgia.

Os hospitais privados filantrópicos também apresentam médias de permanência acima daquelas do grupo de hospitais com fins lucrativos, mesmo com dois hospitais de nível secundário, que são os hospitais B e E. O hospital F apesar de possuir alta incidência de atendimentos de gravidez/parto (18%), apresenta a média de permanência mais alta do grupo dos hospitais filantrópicos, ficando abaixo apenas da média do hospital público.

Nesses hospitais filantrópicos que possuem quase a totalidade dos seus leitos dedicados ao atendimento de pacientes SUS, novamente cabe analisar como é realizado o gerenciamento do tempo de internação pelo financiador e pelo hospital, muitas vezes as internações são precoces devido a necessidade da realização de investigação diagnóstica com procedimentos especializados que demandariam longo tempo de espera se realizados na rede ambulatorial do SUS. O fator sócio econômico dos pacientes, como no caso do hospital público, pode ser um fator de aumento da média de permanência, além da ausência de programas de assistência e acompanhamento domiciliar.

Importante ressaltar que o hospital F é campo de estágio para o curso de medicina de uma universidade particular, fator este, que como no hospital público, pode levar ao aumento das médias de permanência da instituição.

As taxas de ocupação demonstradas na tabela 6 apresentam um comportamento diferente das médias de permanência, pois, as maiores taxas de ocupação da amostra ocorreram no hospital F que é filantrópico e no hospital público, e as menores taxas ocorreram nos hospitais D e G, ambos privados e com fins lucrativos.

Se calcularmos a média das taxas de ocupação dos cinco hospitais privados com fins lucrativos chegamos a um valor de 57%, a média dos três hospitais filantrópicos é de 73% e finalmente, o hospital público apresenta um valor de 74,5% de ocupação. Portanto, apesar dos hospitais privados com fins lucrativos possuírem uma média de permanência mais baixa, suas taxas de ocupação são inferiores aquelas apresentadas pelos hospitais que atendem SUS. Novamente a regulação dos financiadores do Sistema de Saúde pode ser um dos fatores intervenientes nesta taxa pois, muitos procedimentos

que hoje são realizados pelos hospitais do SUS com internação, são realizados em regime ambulatorial nos hospitais financiadores pelo SAMS.

D'Óleo e Fávero (1993), encontraram uma taxa de ocupação média de 60,6% no município de Ribeirão Preto em 1988, sendo que nos hospitais privados com fins lucrativos essa taxa variou de 16 a 70%, e naqueles privados filantrópicos variou de 27% à 87%, no hospital público a taxa de ocupação foi de 69%.

Verificamos, portanto que houve um aumento da produtividade dos hospitais da cidade, pois, a taxa média de ocupação dos mesmos aumentou na última década tanto no hospital público quanto nos privados e média de permanência diminuiu.

O Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde da Fundação Getúlio Vargas apresenta uma série relacionada aos anos de 1992 até 1999 das taxas de ocupação dos hospitais paulistas pertencentes ao Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (C.Q.H.), o estudo demonstra que essas taxas de ocupação migraram de 60% em 1992 para aproximadamente 65% em 1999 (INDICADORES PROHASA, 2000). Os mesmos hospitais do programa apresentam um aumento dessa taxa para 68,9% em 2002 (INDICADORES PROHASA, 2002) .

Os índices de taxa de ocupação preconizados pela portaria 3 042 do MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (BRASIL, 1982) são de 80%, mas dados do SUS relativos ao ano de 1999 demonstram uma diminuição da taxa média de ocupação dos hospitais a ele conveniados no país, que era de 54% em 1995 e migrou para 48% em 1999 (SOEIRO, 2002).



Os dados de Ribeirão Preto demonstram uma tendência inversa, pois, mesmo nos hospitais do SUS, houve aumento das taxas de ocupação nas últimas 2 décadas, mas somente o hospital F alcançou a ocupação preconizada pelo SUS.

O aumento nas taxas de ocupação dos hospitais credenciados pelo SUS pode ter se dado por conta do aumento da demanda por procedimentos mais complexos que são oferecidos pelos hospitais da cidade. Tomando-se como exemplo a ressonância magnética verifica-se há quatro equipamentos na cidade disponíveis para pacientes do SUS. Os procedimentos de menor complexidade são resolvidos atualmente, em nível ambulatorial, ou por hospitais menos complexos das cidades da região de Ribeirão Preto.

Na análise do índice de renovação de leitos (Tabela 6), verificou-se que cinco hospitais (C,D,F,G e H), ou seja, 55,5% da amostra não calculam esse índice, que representa a utilização do leito hospitalar durante um determinado período. No caso da tabela 6 o número corresponde a quantas vezes o leito foi utilizado num período de 30 dias. Dos hospitais que não calculam o índice 80% são privados com fins lucrativos.

Quando se analisa o índice nas quatro instituições que o calculam encontra-se a uma média de 5,1 utilizações mensais por leito, com um extremo máximo de 5,9 no hospital I que é privado com fins lucrativos e, um extremo mínimo de 3,9 utilizações no hospital público (hospital A). Esses valores são próximos aos encontrados por Bittar (1997) em hospitais da cidade de São Paulo, onde a média foi de 5,0 utilizações do leito por mês, sendo que a amplitude variou de 3,7 a 6,6 utilizações, apresentando uma maior utilização do leito nos hospitais privados com fins lucrativos.

O boletim dos hospitais pertencentes ao C.Q.H. demonstra uma média de 5,4 utilizações mês do leito no ano de 2001 (INDICADORES PROHASA, 2001), e uma média 5,6 utilizações/mês no ano de 2002 (INDICADORES PROHASA, 2002).

D'Óleo e Fávero (1993), encontraram em hospitais da região de Ribeirão Preto uma média de utilização de 2,5 vezes nos hospitais privados e 3,1 utilizações no hospital público.

Observou-se que os hospitais privados da amostra apresentaram um maior giro dos leitos, o que representa um aumento da produtividade, quando comparada aos resultados da década de 80 apresentados por D'Óleo e Fávero (1993). Esse aumento do giro de leitos ocorreu em menor escala quando se analisa os dados do hospital público.

O desconhecimento do índice de utilização de leitos por mais de 50% dos hospitais demonstra um hiato na análise do desempenho da produtividade dos leitos nessas instituições e, novamente os hospitais privados filantrópicos e o hospital público demonstraram trabalhar com informações mais completas.

O número de pacientes dia nada mais é do que um espelho da taxa de ocupação das instituições. A média da amostra permaneceu em 123 e a mediana em 68,8, e acompanhando a variação da ocupação média e do porte de cada instituição.

Nenhuma das instituições calcula o índice de intervalo de substituição, que mede o tempo em que o leito fica desocupado ou, qual é sua ociosidade. Quando analisado com outros índices, baseado na capacidade de planejamento ou de operação da unidade, poderá transformar-se em um indicador de produtividade.

Todos hospitais estudados adotam os índices de utilização de leitos mais comuns que são, a taxa de ocupação e a média de permanência, mas não adotam índices mais

apurados de produtividade tais como o índice de rotatividade e o intervalo de substituição. As informações menos completas são dos hospitais privados com fins lucrativos.

Vale ressaltar que todos os hospitais da amostra recebem do C.P.D.H. mensalmente, seus indicadores de utilização de leitos, além de um relatório anual, estando incluídas nesse relatório as suas taxas de rotatividade e os índices de intervalo de substituição, que alguns os dirigentes referiram não calcular. Somente o dirigente do hospital B, referiu conhecer os dados enviados pelo CPDH. Constata-se que esses dados chegam até os hospitais, mas não são conhecidos e nem utilizados pela direção dos mesmos.

#### **7.5.b Produção/Produtividade/Recursos Humanos**

Serão demonstrados e discutidos neste item os dados relativos a: produção da internação, produtividade do Centro Cirúrgico e produtividade dos recursos humanos dos hospitais da amostra.

A avaliação de produtividade em instituições hospitalares é tarefa complexa pois remete a uma série de variáveis que estarão interferindo na análise.

A grande diferença entre o porte do hospital A e o restante dos hospitais da amostra aumenta muito a amplitude de variação dos dados de produção desse hospital em relação ao restante.

A apresentação do número de internações por mês na tabela 6 tem como finalidade apenas demonstrar a amplitude de variação entre os hospitais, pois não é

possível realizar nenhum tipo de análise comparativa apenas com esse dado, isoladamente devido as diferenças de porte dos hospitais.

Os dados relacionados ao número de cirurgias por leito não foram fornecidos pelas instituições e sim calculados pela pesquisadora, tendo em vista que nenhum hospital da amostra utilizava esse indicador.

**TABELA 7 Distribuição dos hospitais de acordo com o n.º. de internações, n.º de cirurgias por leito, n.º. de funcionários e n.º. de funcionários por leito – Ribeirão Preto – Agosto - 2002**

HOSPITAIS INDICADORES	Público	Privado Filantrópicos			Privados CFL <sup>(1)</sup>					média	mediana
	A	B	E	F	C	D	G	H	I		
Nº DE INTERNAÇÕES/MÊS	2769	574	800	800	382	645	150	800	683	844	683
Nº DE CIRURGIAS/LEITO	1,4	3,1	2,7	2,8	7,0	4,9	1,8	3,5	6,8	3,7	3,1
Nº DE FUNCIONÁRIOS <sup>(2)</sup>	4708	290	315	730	162	382	160	520	420	854	382
Nº DE FUNCIONÁRIOS/LEITO	5,6	2,9	2,2	2,9	3,3	4,4	2,7	3,1	4,4	3,5	3,1

Notas:

(1) Privado CFL Privado Com Fins Lucrativos

(2) Incluindo terceiros não médicos

Quando se analisa o número de cirurgias realizadas por leito pretende-se avaliar a produtividade dos centros cirúrgicos das instituições. Deve-se levar em consideração, quando da análise desse índice o tipo de hospital e qual o perfil de morbidade atendida no mesmo. Na tabela 7 verifica-se uma média de 3,1 cirurgias/leito e uma mediana de 3,7 cirurgias/leito sendo que os maiores índices estão nos hospitais privados onde encontra-se uma média de 4,8 cirurgias por leito. A média dos hospitais filantrópicos é de 2,8 cirurgias por leito e, finalmente no hospital público esta média é de 1,4 cirurgias por leito.

Verifica-se portanto, que numa análise global a produtividade do hospital público em relação ao centro cirúrgico é significativamente menor em relação a rede privada, sendo que, na rede privada os hospitais filantrópicos apresentam uma produtividade no centro cirúrgico menor que dos hospitais com fins lucrativos.

Partindo desse cenário cabem algumas análises pontuais relacionadas a complexidade pois, o hospital que apresenta maior produtividade no centro cirúrgico, com 7,0 cirurgias por leito, é de nível secundário, não realiza neurocirurgias, cirurgias cardíacas, cirurgias bariátricas ou transplantes, fazendo com que o funcionamento do centro cirúrgico seja mais ágil devido a menor complexidade das cirurgias.

A mesma análise pode ser aplicada em relação ao hospital D com um índice 4,9 cirurgias/leito que apresenta a maior parte da sua morbidade voltada para áreas de obstetrícia, não realizando nenhum procedimento cirúrgico de grande porte.

É importante também avaliar que, quando comparamos os índices de produtividade do centro cirúrgico do hospital A com a do hospital H que é de grande porte, complexidade terciária, realizando transplantes e cirurgias de grande porte verifica-se uma produtividade maior no centro cirúrgico do hospital H.

Quando se remete a análise da média de permanência, significativamente superior e do índice de renovação de leitos significativamente inferior do hospital público em relação aos privados encontra-se uma das variáveis que estarão interferindo na menor produtividade do seu centro cirúrgico.

Outro fator a ser observado é a setorização dos leitos e das salas cirúrgicas por especialidades pois que nos hospitais privados, inclusive nos filantrópicos, os leitos são reversíveis, ou seja, atendem a pacientes clínicos ou pacientes cirúrgicos, de acordo com

a demanda apresentada, o mesmo se dando com as salas cirúrgicas que atendem as diversas especialidades de acordo com demanda.

No hospital público não ocorre esta flexibilidade de leitos e salas, o que restringe a oferta de leitos cirúrgicos influenciando diretamente na produtividade do centro cirúrgico.

Novamente a regulação do sistema financiador pode influenciar nos índices de produtividade pois existe um gerenciamento dos financiadores da rede privada em relação ao tempo de internação dos pacientes cirúrgicos, o que impulsiona um giro mais rápido de leitos aumentando a oferta de leitos para realização de cirurgias.

Numa discussão da produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde, deve-se lembrar que os conceitos básicos nessa área provêm das ciências sociais, ou seja, da economia e da sociologia e o enfoque é fundamentalmente orientado para a combinação ótima de recursos. Do ponto de vista algébrico, produtividade é a capacidade de produção de um trabalhador que deve sempre estar ligada ao estabelecimento de um padrão para chegarmos a avaliação do desempenho (DAL POZ, 1997)

A análise do número de funcionários por leito de cada hospital, demonstrada na tabela 6, apresenta uma média de 3,5 funcionário/ leito, e uma amplitude superior de 5,6 funcionário/leito no hospital A, único hospital público da amostra, e uma amplitude inferior de 2,2 funcionário por leito, no hospital E, privado, sem fins lucrativos.

Os valores de funcionário por leitos encontrados nas pesquisas demonstram que não há um padrão pré estabelecido, verificamos, por exemplo, no estudo de Azevedo

(1989) em 26 hospitais uma mediana de 3,2 funcionário por leito, porém com uma variação extremamente ampla que vai de 1 à 7,2 funcionário/leito.

Bittar (1992), num trabalho com hospitais públicos de São Paulo, encontrou valores de 4 à 9 funcionários/leito, o autor comenta que uma avaliação da Coordenadoria de Assistência Hospitalar de São Paulo estabeleceu para seus hospitais gerais um quadro de pessoal de 2,9 a 3,9 funcionário/leito.

Numa avaliação de 6 hospitais controlados pelas Organizações Sociais de Saúde na cidade de São Paulo Ibanez et al (2001), apontam uma variação de funcionários por leito que oscila de 3,5 até 5,0, vale ressaltar que todos hospitais do estudo são privados sem fins lucrativos.

Nos Estados Unidos a taxa de pessoal por leito cresceu de 1,4 na década de 40 para 4,1 em 1983 (HURLEY, 1987). A AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1999) demonstra no ano de 1999 um número de funcionários por leito variando de 3,4 até 5,9.

Um estudo da Organização e Cooperação de Desenvolvimento Econômico (1999), analisou o número de funcionário por leito em vários países da Europa e no Japão demonstrando uma média geral de 1,5 funcionários por leito nestes países. A qual pode ser explicada pelo alto índice automação e tecnologia aliada à programas de desospitalização nesses países.

O Programa de Qualidade Hospitalar (INDICADORES PROHASA, 1999) aponta dados referentes ao primeiro semestre de 1999 que demonstram uma mediana de 3,7 funcionários/leito. Num histórico de avaliações deste mesmo programa verifica-se, numa amostra que compreende hospitais de pequeno, médio e grande porte do Estado de São Paulo, que o número de funcionário por leito aumentou de 2,1 em 1992 para 3,0 em

1999 (INDICADORES PROHASA, 1999), portanto, houve uma tendência ao aumento desse índice nos hospitais paulistas.

Apesar da falta de padrão nas referências sobre o assunto, quando comparados aos dados dos hospitais do estado de São Paulo, os hospitais estudados apresentam um número de funcionários por leito dentro dos parâmetros, ressaltando-se que, hospitais privados possuem um número menor de funcionários/leito que o hospital público, o que também corrobora com os dados encontrados na amostra.

Na análise da terceirização de serviços na área, verifica-se que 89% dos hospitais da amostra possuem algum tipo de serviço de terceirizado, o único hospital que não possui serviços terceirizados é público.

Observamos que os hospitais terceirizam áreas consideradas de apoio tais como, nutrição, limpeza, lavanderia, portaria, manutenção, um dos hospitais terceiriza o departamento de pessoal e o departamento financeiro. O maior número de setores terceirizados esta nos hospitais privados com fins lucrativos, pois os hospitais H e D, que são do mesmo grupo terceirizam a portaria, limpeza, manutenção, recursos humanos e lavanderia. O hospital H terceiriza a portaria, limpeza e nutrição e o hospital I terceiriza portaria, lavanderia, recursos humanos, lavanderia e financeiro. Os hospitais filantrópicos da amostra só terceirizam os serviços de portaria.

A terceirização tem sido uma tendência na área hospitalar, Taylor (1993) numa pesquisa junto a 1185 hospitais dos Estados Unidos, demonstrou que 55% deles tinham, no mínimo, uma firma contratada para gerir pelo menos um departamento. Segundo dados da mesma pesquisa, os motivos para utilização de serviços contratados eram: especialização da firma, redução de custo, dificuldades para encontrar o profissional no



mercado, evitar custos com equipamentos, vantagens de poder de compra da empresa, baixar o número de funcionários por leito. Os contratos mais comuns eram para serviços de lavanderia, zeladoria, nutrição, segurança, informática, cobrança, fisioterapia, engenharia biomédica, emergência, anestesia e fonoaudiologia.

Os hospitais das Organizações Sociais da cidade de São Paulo já possuem experiência com terceirização do corpo clínico em dois hospitais.

As diferentes relações funcionários por leito nos diversos hospitais da cidade demonstram a necessidades de estudos e principalmente de troca de informações entre as instituições para o estabelecimento de padrões. Há um número enorme de variáveis que condicionam, em vários níveis de importância, o dimensionamento de recursos humanos nos hospitais.

### **7.5 c. Mortalidade**

A mortalidade reflete o estado geral dos pacientes e a complexidade médico assistencial, e deve ser considerada um dos parâmetros de avaliação da qualidade da assistência prestada pelas instituições hospitalares, embora não sirva para comparação entre os hospitais, pois depende de outros fatores para ser analisada enquanto parâmetro de qualidade. Sua análise deve ser realizada sempre baseada em série histórica da própria instituição ou as comparações devem ser realizadas instituições com perfis muito parecidos (ZANNON, 2001).

A taxa de mortalidade institucional pode refletir de maneira mais exata esta qualidade já que, trata dos óbitos ocorridos após 48 horas de internação.

**TABELA 8 - Distribuição dos hospitais de acordo com as taxas de mortalidade geral e institucional - Ribeirão Preto – Agosto – 2002**

TAXAS	HOSPITAIS	Privados Filantrópicos				Privados CFL <sup>(1)</sup>					média	mediana
	Público	B	E	F	C	D	G	H	I			
	A											
<b>TAXA DE MORTALIDADE GERAL</b>	2,6	1,0	4,0	3,0	3,1	0,3	1,2	2,6	2,9	2,2	2,6	
<b>TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL</b>	1,4	1,0	nm <sup>(2)</sup>	nm	nm	0,3	nm	nm	1,1	0,9	1,0	

**Notas**

(1)Privados CFL Privado com fins lucrativos

(2)n.m não mede

D'Óleo e Fávero (1993) observaram taxas médias de mortalidade geral nos hospitais da região de 2,8%, constatando taxas maiores nos hospitais privados de médio porte, entre os hospitais de grande porte, o privado filantrópico, foi o que apresentou maior taxa, fato este que se repetiu na amostra pesquisada, pois um dos hospitais filantrópicos de grande porte foi o que apresentou a maior taxa de mortalidade de 4,0% (hospital F) e o outro uma taxa 2,9% (hospital E), de acordo com tabela 8.

Os hospitais pertencentes ao C.Q.H. apresentaram uma mortalidade institucional média de 1,9% no ano de 2001 (INDICADORES PROHASA, 2001).

Azevedo (1989) encontrou valores extremos de taxa de mortalidade na análise de hospitais complexos brasileiros, que variaram de 1,4 até 15,6% dos saídos, mantendo uma mediana em 5,7%. Nessa pesquisa Azevedo observou uma prática de muitos hospitais brasileiros de, sistematicamente, dar alta à pacientes sem possibilidade de tratamento para que os mesmos faleçam entre os familiares, ao passo que em outros beneficentes e oncológicos, semelhantes aos hospitais E e F da amostra estudada, por uma série de circunstâncias sociais os pacientes permaneciam internados até óbito.

Um estudo de utilização de leitos em todo o país realizado nos E.U.A pela “*Health Care Statistics Division*”, revela que a mortalidade global hospitalar naquele país foi de 2,7% (West,1988).

As taxas de mortalidade encontradas entre os seis hospitais das organizações sociais de saúde na cidade de São Paulo variaram de 2,4 até 6,9%, no período que vai de julho de 1999 a junho de 2001, com uma média de 4,6% de óbitos (IBANEZ ET AL, 2001).

De acordo com tabela 8 na amostra estudada apenas 44,5% dos hospitais da amostras calculava sua taxa de mortalidade institucional, representando uma média 0,9%, com um limite superior de 1,4% no hospital A, e um limite inferior de 0,3% no hospital D.

As taxas de mortalidade geral das instituições da amostra apresentaram uma média de 2,2%, um valor máxima que chegou a 4,0% no hospital E, um valor mínimo que chegou a 0,3% no hospital D.

Quando se calcula a média das taxas mortalidade geral dos hospitais filantrópicos encontra-se um valor de 2,6%, a média dos hospitais privados com fins lucrativos é de 2,0, mas quando excluimos o hospital D, que pela suas características de morbidade, apresenta mortalidade muito abaixo da média, chegamos a um valor de 2,5%, ou seja, não existe diferença significativa entre as médias de mortalidade quando comparamos os tipos de instituições agrupadamente. Na análise isolada do grupo dos filantrópicos o hospital E possui a maior taxa de mortalidade do grupo e também da amostra, sendo juntamente com o hospital I aquele que apresenta a freqüência mais alta de diagnósticos de neoplasias, mas quando analisamos a média de mortalidade do hospital I essa é de

2,9%. Importante ressaltar que caberia é que o hospital E é de nível secundário e o hospital I é de nível terciário.

Quando analisamos os dados dos hospitais de ensino do país encontramos uma taxa de mortalidade geral de 4,7%, (Bittar 2002), bem acima daquela apresentada pelo hospital de ensino da amostra (A) que foi de 2,6%.

Os resultados encontrados permitem afirmar que as taxas de mortalidade dos hospitais de Ribeirão Preto encontram-se abaixo das médias nacionais e estaduais. A variação destas taxas demonstrou que as mesmas não estão relacionadas somente a complexidade das instituições, mas também com suas finalidades, características estas, que determinam ou condicionam o tipo de pacientes que são atendidos nestes instituições, portanto a taxa de mortalidade deve servir para medir padrões de qualidade da assistência clínica do paciente baseadas numa série histórica institucional, podendo ser associada a indicadores clínicos de gravidade de pacientes atendidos, os quais associados a morbidade podem propiciar uma avaliação efetiva da qualidade da assistência prestada através do acompanhamento das taxas de mortalidade. O desconhecimento das taxas de mortalidade institucional por 55,5% dos hospitais demonstra que esta taxa não é utilizada como um parâmetro de avaliação da qualidade da assistência prestada..

#### **7.5.d Satisfação dos clientes**

Será discutido neste item a variável relacionada a existência de pesquisas formais de satisfação nas instituições, que consta na questão de nº 23 do instrumento de coleta

de dados, na questão a pesquisadora buscou apreender se as instituições avaliavam seu desempenho com base em pesquisas de satisfação dos cliente internos e externos.

Os clientes externos são todos aqueles que não possuem um vínculo empregatício com a instituição, como, por exemplo, pacientes e fornecedores. Os clientes internos são aqueles que fazem parte da instituição, ou seja, todos os funcionários da mesma, incluindo médicos, se os mesmos tiverem vínculo empregatício.

É cada vez mais importante, enquanto critério para avaliação da qualidade, o grau de satisfação do usuário. É comum observar hoje nos hospitais pesquisas de avaliação de atendimento, buscando detectar falhas ou insuficiências através do usuário efetivamente, ele não é um técnico, faltam-lhe condições para uma apreciação mais objetiva, porém ele é o envolvido e tem o principal papel. É a causa da existência de um produto, de uma instituição, precisa estar satisfeito com que recebe. Suas expectativas devem ser cumpridas, o que ocorrerá quando houver um balanço positivo entre a expectativa e o produto ofertado (DONABEDIAN, 1986; RAMPAZZO ET AL, 1994).

O fato dos consumidores de serviços de saúde possuírem estoques de conhecimentos diferentes daqueles dominados pelos técnicos é uma das limitações apontadas para que, nas avaliações de qualidade destes serviços, seja privilegiado este componente (MENDES, 1993).

Apesar das iniciativas de análise da opinião do usuário estarem concentradas na sua maioria nas instituições privadas, existem também experiências em hospitais públicos universitários, como a que é realizada com pacientes do Hospital das Clínicas de São Paulo descrita por RAMPAZZO e colaboradores (1994).

Para consumidores, a qualidade dos serviços médicos freqüentemente corresponde ao grau pelo qual uma rede de benefícios de saúde é reconhecida. Para médicos e enfermeiros a qualidade nos cuidados não é sempre correspondente aos “sentimentos do paciente” em relação ao cuidado, e sim à melhoria da sintomatologia. Essa discordância tem levado a uma subestimação do valor da percepção do paciente em relação ao cuidado (LESLIE ; MILLER 2000)

**TABELA 9 - Distribuição dos hospitais de acordo com a existência de pesquisa de satisfação dos pacientes– Ribeirão Preto – Agosto - 2002**

OCORRÊNCIA	HOSPITAL PÚBLICO		PRIVADO FILANTROPICO		PRIVADO CFL <sup>(1)</sup>		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO	—	—	3,0	100	4,0	80	7,0	77,7
SEM PESQUISA DE SATISFAÇÃO	1,0	100	—	—	1,0	20	2,0	22,3

**Nota:**

(1)Privado CFL Privado Com Fins Lucrativos

(-)Corresponde à zero sem arredondamento

Quando se analisa na tabela 9 se as instituições estudadas realizam pesquisa de satisfação com o cliente paciente, verifica-se que essa pesquisa é sistemática em 77,7% delas, sendo que, 22,3% das instituições não realizam pesquisa de satisfação com os pacientes. Os hospitais que não realizam pesquisas de satisfação com o paciente são os hospitais A e o hospital G.

Quando estendemos a análise para verificar se os hospitais da amostra realizam pesquisa de satisfação para médicos, funcionários, convênios e fornecedores encontramos os seguintes resultados descritos a seguir:

- O hospital B que é privado, sem fins lucrativos realiza pesquisa mensal com pacientes e bianual com funcionários;
- O hospital C, que é privado, realiza pesquisa mensal com pacientes;

- O hospital D, que é privado, realiza pesquisa mensal com pacientes, trimestral com fornecedores e anual com funcionários;
- O hospital E, privado, sem fins lucrativos, realiza pesquisa mensal com pacientes;
- O hospital F , privado sem fins lucrativos, realiza pesquisa mensal com pacientes;
- O hospital H, privado com fins lucrativos, realiza pesquisa mensal com pacientes e mensal com fornecedores;
- O hospital I , privado com fins lucrativos, realiza pesquisa mensal com pacientes e bianual com funcionários; médicos e convênios.

A análise desses resultados demonstra que nos hospitais privados tanto filantrópicos quanto com fins lucrativos da cidade há preocupação em estar avaliando a opinião do usuário final dos serviços que é o paciente, não ocorrendo ainda essa preocupação no hospital público. Ressaltamos que o gestor do hospital público referiu, durante sua entrevista, analisar a pesquisa que é realizada pelo SUS com os clientes atendidos nos hospitais conveniados e o administrador do hospital B que é conveniado ao SUS também referiu conhecer e avaliar esta pesquisa.

Os hospitais D e H que realizam pesquisa sistemática a cada 3 meses com fornecedores estão trabalhando para conseguir uma certificação ISO 9000, que exige pesquisa sistemática com fornecedores. Todos os hospitais privados possuem um relatório de compilação dos resultados das pesquisas de satisfação dos clientes. Os administradores dos hospitais I, H, D e F referem divulga-lo entre as áreas e subáreas das instituições.

Apesar de algumas instituições já realizarem pesquisas com fornecedores, médicos, funcionários e convênios os dirigentes ainda estão voltados para a pesquisa de

satisfação do paciente, não havendo ainda uma tendência de analisar a opinião dos clientes internos que seria um indicador valioso para a gestão analisar o ambiente interno da organização.

### **7.6 Utilização de relatórios gerenciais**

A análise das séries históricas dos dados hospitalares possibilita a correção de possíveis desvios no alcance dos objetivos do hospital, o que seguramente ocorre ao longo do tempo; uma série histórica de dados hospitalares torna possível o balanceamento destas correções. A compilação destes dados em forma de relatórios pode prover para a equipe o “*feed back*” necessário à avaliação do seu trabalho.

Verificou-se junto aos dirigentes entrevistados se, nas instituições estudadas haviam relatórios formais e sistemáticos onde os indicadores estivessem agrupados e compilados.

Quase a totalidade das instituições estudadas compilavam os seus dados gerenciais em forma de relatórios sistemáticos. Dos nove hospitais estudados, oito deles possuíam relatórios gerenciais mensais.

No hospital A, único hospital público da amostra, há um setor específico responsável pela coleta e geração de estatísticas da instituição denominado Grupo de Avaliação de Desempenho. O relatório agrupa dados de produção, produtividade, custos e utilização de leitos de todos os setores. O relatório é elaborado mensalmente sendo que



os dados de todos os meses são compilados anualmente e distribuídos a todos os chefes da instituição e ao conselho de administração.

No hospital B o relatório gerencial é elaborado pela equipe do faturamento mensalmente, e agrupa dados de utilização de leitos, produção, produtividade, custos gerais e faturamento por convênios. O relatório é analisado pela administração central não sendo distribuído às chefias.

O hospital D utiliza um relatório gerencial mensal, gerado pelo sistema de informática da empresa, automaticamente, agrupando dados de utilização de leitos e faturamento por convênios, o relatório é analisado mensalmente pelo administrador da instituição e não é encaminhado às chefias, não existem dados que são gerados pelas áreas, todos os dados são extraídos do sistema.

O hospital E utiliza 2 relatórios elaborados separadamente, sendo um de utilização de leitos geral, que é compilado pela própria administração através de informações geradas pelas áreas, e outro de faturamento por convênio, elaborado pela direção financeira da instituição, os relatórios mensais são analisados pelo administrador e não são distribuídos às respectivas áreas.

No hospital F todos os dados são compilados por um departamento de estatística que elabora mensalmente o relatório de custos por área, sendo que os dados de custo são gerados pelas chefias destas áreas, além disso, são compilados dados de produção, produtividade e utilização de leitos também por áreas. O relatório é enviado mensalmente a todas as chefias e analisado pela administração.

O hospital G faz parte de um grupo de hospitais brasileiros controlados por uma empresa de saúde nacional, possui um relatório que é padrão para todos os hospitais do

grupo, o relatório é elaborado por uma central de dados, que fica fora da cidade, e coordena todos os hospitais. O relatório detalha somente dados de faturamento das instituições mensalmente e não é encaminhado às chefias das mesmas.

O hospital H possui relatório gerencial mensal gerado pelo sistema de informática que agrupa dados de utilização de leitos geral e faturamento por convênios, não existem dados gerados pelas áreas, o relatório é analisado mensalmente pela administração mas não é encaminhado as chefias.

No hospital I o agrupamento de dados para o relatório gerencial é de responsabilidade do serviço de arquivo médico e estatística da instituição que compila dados de produção e produtividade gerados pelas áreas, custos e receitas gerais gerados pelo setor financeiro o relatório é enviado mensalmente aos responsáveis pelas áreas da instituição e discutido em reuniões formais com as chefias mensalmente.

Somente o hospital C não possui nenhum tipo de sistema de informações gerenciais formalizado, o próprio administrador calcula alguns dados de utilização de leitos e o faturamento calcula a receita por convênios, os dados também não retornam para as chefias das áreas.

De uma forma geral observou-se que quase a totalidade das instituições da amostra produz um documento de análise de seus indicadores. Algumas instituições como os hospitais A, F e hospital I já possuem um nível de detalhamento destes indicadores em relatórios por áreas da instituição permitindo uma análise da produção, utilização de leitos e produtividade sendo que nos hospitais A e F esse relatório é ainda mais complexo detalhando custos por setor. Nos outros hospitais, com exceção do hospital C, existe um documento que agrupa dados de faturamento por convênios e

utilização de leitos, sem trabalhar as questões de produção, produtividade e custos. O fato de somente os hospitais A, F e I retornarem os dados para análise pelas chefias, demonstra que apesar destes dados existirem nas instituições, eles acabam sendo de conhecimento restrito e, portanto não podem ser utilizados como instrumentos relevantes no gerenciamento das áreas nas instituições estudadas.

Numa análise de vinte e seis hospitais Azevedo (1989) constatou que em dezenove deles havia algum tipo de relatório anual de resultados sendo que, apenas 31% desses relatórios poderiam ser considerados abrangentes. O autor considera o relatório gerencial um instrumento por intermédio do qual os participantes podem formar uma versão crítica do seu trabalho e dos outros serviços hospitalares, refletidos em dados objetivos.

Não se evidenciou em nenhuma instituição estudada um grupo de trabalho específico com indicadores, como ocorre no Hospital de Clínicas de Porto Alegre que possui um grupo multidisciplinar que tem a atribuição de definir, implantar e acompanhar o desempenho dos indicadores da instituição (KLUCK ET AL 2002).

A falta de estabelecimento de padrões compromete a análise dos indicadores , a comparação de resultados entre instituições pode colaborar no estabelecimento destes padrões.

Quando analisou se as instituições estudadas efetuavam algum tipo de troca de informações com outros hospitais, constatou-se que a prática ainda é incipiente nos hospitais da cidade. Não havendo entre os administradores a prática do “benchmarking”, que pode ser, de uma maneira simplista, entendida como ato de comparar sistematicamente as informações (CAMP, 1995; BITTAR, 2001).

O “*benchmarking*” é o padrão de referência pelo qual outros podem ser medidos e julgados (EXAME, 2001).

Martins e Toledo (1998) descrevem os estudos de *benchmarking* competitivos, como parte das ações que as empresas de saúde devem estabelecer num programa de gestão para qualidade total. Os autores consideram os estudos de benchmarking como diagnóstico externo que deve se realizado pelas instituições para um programa de gestão eficiente.

Os programas de garantia da qualidade além de possuir indicadores de qualidade local necessitam que os resultados das suas avaliações sejam distribuídos para serviços semelhantes para comparação e conhecimento dos “*standarts*” aplicados (NOVAES; PAGANINI,1992).

Das instituições estudadas três delas, os hospitais I,H, e D enviam indicadores mensalmente para o Programa de Controle de Qualidade hospitalar da ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA que congrega hospitais paulista, os três hospitais são privados e com fins lucrativos. O hospital I também envia seus dados para o Sistema de Comparação de Indicadores Padronizados para Hospitais (SIPAGEH), gerenciado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, no Rio Grande do Sul. Os hospitais desse programa pertencem a estados do Sul. e Sudeste do país. Tanto o programa do SIPAGEH como o da Associação Paulista de Medicina agregam indicadores de utilização de leitos, recursos humanos, satisfação dos clientes e custos e podem estar abalizando as instituições pertencentes ao grupo no sentido de estabelecer padrões de desempenho. Nenhum dos administradores das instituições que pertencem a esses programas (hospitais D, H e I) referiram utilizar os dados comparativos destes

programas na administração dos hospitais. Mesmo os dados do C.P.D.H., que são enviados a todas as instituições, e poderiam ser utilizados pelos gestores para análise dos padrões regionais de utilização de leitos não são conhecidos nas instituições e apenas o administrador do hospital B referiu utiliza-los.

Concluimos, portanto que não há nenhum sistema de referência utilizado pelos dirigentes para a realização de *benchmarking* nas instituições estudadas, o que dificulta e até impede o estabelecimento de padrões de desempenho para os hospitais. Mesmo o chamado *benchmarking* interno não ocorre nas instituições tendo em vista que, apenas três delas os dados gerenciais são divulgados.

### **7.7 Utilização de indicadores externos à instituição**

De acordo com BITTAR (1997) as informações de meio externo são demografias, geografia, economia, política, cultura, educação, psicossocial, tecnologia, existência ou não de outras instituições e informações epidemiológicas.

A análise dos indicadores de saúde da comunidade deve ser associada a outras para que se possa formar um melhor juízo das condições de promoção de saúde, prevenção de doença, diagnóstica, tratamento e reabilitação das pessoas que compõe determinada comunidade ou dos fatores e influências que formam o perfil epidemiológico da mesma (BITTAR,2001).

Na pergunta de numero 27 do questionário nenhum dos entrevistados referiu basear-se em indicadores do meio externo para planejamento, ou mesmo para comparação com seus dados, o que com certeza dificulta ou até impossibilita a avaliação

de como os seus programas e serviços estão influenciando a saúde da população e se há demanda para novos programas e serviços na comunidade.

Os dados de utilização de leitos e morbidade da região produzidos pelo C.P.D.H. poderiam estar fornecendo a estes administradores subsídios para o seu planejamento e conhecimento da clientela.

### **7.8 Opinião dos dirigentes entrevistados sobre a utilização de indicadores de desempenho na gestão dos hospitais**

Buscou se nesse item apreender através das falas dos dirigentes entrevistados, quais seriam as dificuldades para a utilização de indicadores de desempenho pelos gestores hospitalares, e dentre os indicadores quais seriam os mais importantes para administração de um hospital.

Para alcançar tal objetivo utilizou-se a metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, aplicada as respostas de duas questões norteadoras (28 e 29), que constam no formulário de entrevista (anexo I).

Após a análise dos depoimentos dos dirigentes relativos à questão de número 28, que trata sobre a opinião desses dirigentes acerca dos motivos que levam os administradores hospitalares a não utilizarem indicadores de desempenho na gestão das instituições, a pesquisadora apreendeu cinco idéias centrais relacionadas às expressões chave de cada fala.

As expressões chaves relativas à cada idéia central estão identificadas, no final deste trabalho com a letra correspondente ao hospital ao qual o dirigente entrevistado pertence, descritas em planilha específica no anexo II.

<b>Pergunta-1</b>	<b>Idéias Centrais</b>
Muitos administradores chegam até a coletar indicadores, mas não os utilizam. Porque o senhor (a) acha que isso acontece?	<b>1- Falta de parâmetros confiáveis</b> <b>2- Falta de preparo para a função gerencial</b> <b>3- Falta de condições estruturais</b> <b>4- Por medo</b> <b>5- As políticas não privilegiam investimentos com base em indicadores</b>

#### **DSC 1**

*Uma das explicações é porque os administradores não confiam nos dados. São vários os parâmetros, mas acho que no Brasil, nós não temos parâmetros confiáveis que possam servir de referências. Então eu pego os dados e falo: será que eu estou tão fora do mercado assim? Você não consegue ter confiabilidade.*

#### **DSC 2**

*Muito poucos usam os dados, falta ainda muita formação na área hospitalar, há muitos profissionais improvisados que não sabem usar nem interpretar, têm pouco conhecimento. Um leigo não vai saber o que fazer com os indicadores. A partir do momento que você profissionaliza a gestão os indicadores começam a aparecer espontaneamente. Nos hospitais menores falta assessoramento para os administradores*

*trabalharem com os indicadores. Eu acredito que eles não usam os indicadores por falta de experiência, falta de maturidade dentro do trabalho que está desenvolvendo.*

### **DSC 3**

*O número de profissionais é mínimo. É falta de tempo mesmo. Num hospital o administrador trabalha de acordo com os recursos que possui e os recursos são pequenos. O que ele faz num primeiro momento é apagar incêndio. Estas coisas de trabalhar com indicadores ficam para segundo plano, ele não pode se dar ao luxo de trabalhar com isto há muita falta de assessoramento nos hospitais menores.*

### **DSC 4**

*Na realidade, o que eu tenho percebido é que as pessoas tem medo e preferem não ver os indicadores porque eles incomodam.*

### **DSC 5**

*Não existe um critério do governo de distribuição de verbas baseado em desempenho. Quem chora mais pode mais. Os dados não são analisados porque eles não tem servido de critério para nenhuma política de investimento do governo nos hospitais.*

Na análise da questão de número 29 relacionada a quais indicadores são considerados mais importantes na administração de um hospital para os dirigentes entrevistados, a pesquisadora apreendeu seis idéias centrais a partir das expressões chaves descritas no anexo 2.



<b>Pergunta-2</b>	<b>Idéias Centrais</b>
<p>Na sua vivência o senhor acha que alguns indicadores são mais importantes que os outros? Fale um pouco sobre isso.</p>	<p><b>1- Todos os indicadores são importantes</b>  <b>2- número de funcionários por leito</b>  <b>3- satisfação do cliente paciente</b>  <b>4- aqueles relacionados à utilização de leitos</b>    <b>5- indicadores de resultados</b>  <b>6- indicadores ligados a custos</b></p>

**DSC1**

*Eu acredito que todos são importantes para o desempenho do hospital. Eles são a vida do hospital. Todos os indicadores te mostram caminhos a serem seguidos. Todos são importantes sem dúvida.*

**DSC 2**

*Os administradores devem realizar uma análise cuidadosa do número de funcionários por leito. As vezes ele está baixo e vamos prestar uma assistência de qualidade duvidosa. A questão do funcionário por leito é um indicador que se deve usar bastante. O número de enfermeiros por leito mede a qualidade do seu recurso humano.*

**DSC 3**

*A opinião do cliente é um termômetro de como vão indo as coisas. É o principal indicador que você tem. É um dos indicadores para você acompanhar, buscar e melhorar a qualidade do atendimento.*

**DSC 4**

*O tempo de permanência do paciente é importante para você verificar a qualidade da assistência prestada pelo corpo clínico e enfermagem. A quantidade de pacientes que estão no hospital também é fundamental. O leito ocioso para mim é caro, portanto é importante acompanhar a taxa de ocupação e a média de permanência. Todos os hospitais devem avaliar suas médias de permanência. A rotatividade dos pacientes também. Você tem que olhar essas taxas todos os dias.*

**DSC 5**

*A taxa de mortalidade é um parâmetro importante para gente, nós vamos avaliando se estamos dentro da normalidade. Ela é um indicador básico de qualidade. Outros índices como a taxa de infecção hospitalar e o número de óbitos em sala cirúrgica, devem ser analisados.*

**DSC 6**

*Eu acho muito importante os indicadores econômicos e financeiros. Eu tenho eles como especiais, sei da recita que dá no mês. Os dados financeiros são aqueles que você vai trabalhar para fazer a programação e execução do orçamento. Do ponto de vista administrativo o mais importante são os custos por procedimentos. Aqueles que estão diretamente relacionados com a saúde financeira do hospital, aqueles do faturamento.*

Os discursos aprendidos das falas do dirigentes dos hospitais da amostra perpassam por temas discutidos ao longo de toda esta pesquisa. As falas denotam que os

dirigentes conhecem quais as reais necessidades de mudança para que se dê uma gestão estratégica baseada em indicadores.

A ausência de parâmetros ou padrões confiáveis, uma das idéias centrais aprendidas das falas demonstra as dificuldades que esses gestores encontram para olhar para fora das instituições. Muitos padrões de desempenho já existem no ambiente externo, tanto na forma de macro indicadores de saúde , como em legislações específicas, além de sistemas de avaliação não governamentais que estão surgindo em todo o país e já existem internacionalmente.

A falta de estrutura, ou de condições em atuam os foi aprendido nas falas e contempla uma realidade presente nos hospitais brasileiros, tendo em vista as dificuldades financeiras do setor, tanto dos que são conveniadas as SUS, como aqueles financiados pelo SAMS. Os hospitais enquanto prestadores encontram-se no meio de uma pressão do financiador do sistema, do cliente e de um mercado que cobra crescimento tecnológico. A partir daí a falta de preparo dos gestores ou de experiência como foi colocado nas falas impede que haja uma gestão baseada em avaliação e controles estratégicos utilizando os indicadores adequados de forma adequada, baseado em parâmetros adequados.

Os gestores, como foi percebido nas falas, estão mais preocupados com ações imedialistas e pontuais e não conseguem estabelecer ações a longo prazo.

A ausência de políticas de investimento baseada em indicadores de desempenho que também é uma temática abordada pelos dirigentes esta atrelada é uma realidade que vem se modificando muito pouco ao longo do tempo principalmente no que tange ao financiamento de serviços públicos onde as distribuições de verbas estão totalmente

desvinculadas do desempenho enquanto resultados de produção, produtividade e qualidade da assistência prestada.

Um dos temas apresentados nos discursos dos dirigentes relaciona-se à importância de todos os indicadores como vitais para organização, ou como as guias para o caminho que alcançará os objetivos da instituição. Em contra partida observou-se que essa prática não ocorre a utilização de indicadores é parcial quando existe.

Ao se analisar quais os principais indicadores para a gestão do hospital verifica-se uma preocupação com os custos e receitas, mas de uma forma imedialista.

A própria utilização de indicadores de produtividade dos leitos é simplista e pontual, sem prospecções ou utilização de uma forma mais macro de forma a compor uma série histórica que mereça ser analisada internamente e comparada a padrões externos.

## 8. Conclusões

Ribeirão Preto concentra a atenção de nível terciário do Sistema de Saúde da região. Possui um número leitos por 1000 habitantes acima das necessidades preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela literatura.

Apesar do elevado número de leitos, a cidade teve um valor correspondente a 21% da sua população internada nos hospitais da cidade no ano de 2002, taxa 100% acima do preconizado pelo SUS, o que nos leva a constatar que existe uma grande migração de pacientes da região para Ribeirão Preto em busca de atendimento de maior complexidade, dado este corroborado pela análise da procedência dos pacientes atendido nos hospitais da cidade em 2002, pois, os mesmos demonstram que, 40% desses pacientes eram oriundos de outras cidades. A cidade não acompanhou, portanto, a tendência de diminuição do número de leitos hospitalares.

Na análise das fontes de financiamento dos hospitais, observa-se que padrão de segmentação do sistema de saúde acompanha os padrões nacionais, onde estas fontes são eminentemente públicas, sendo a prestação de serviços majoritariamente privada,

A alta concentração de renda na região proporciona para aproximadamente 40% da população da cidade uma cobertura pelo Sistema de Atenção Médica Suplementar (SAMS).

A análise de que o número/leitos/1000 habitantes na cidade está acima do preconizado na cidade de Ribeirão Preto, só é válida quando trabalhamos com os leitos financiados pelo SUS, pois, o número de leitos dedicados aos usuários do SAMS esta abaixo do preconizado

A grande concentração de cursos na área de saúde aumenta, por conseguinte, a concentração de médicos por 1000 habitantes na cidade, que leva a uma superespecialização destes profissionais, levando os hospitais da região a terem seus níveis de complexidade aumentados.

Verificou-se que o padrão de organização é mais bem definido no hospital público e nos privados filantrópicos quando comparados aos hospitais da rede de hospitais com fins lucrativos.

Todos os hospitais demonstram possuir informações financeiras básicas, mas somente 44,4% deles utiliza os dados para ações proativas na gestão financeira, elaborando um orçamento anual. Dos hospitais que trabalham com orçamento, predominam o público e os privados filantrópicos.

Os hospitais privados com fins lucrativos apresentam uma maior produtividade dos leitos em relação ao público, apresentando menor média de permanência, maior rotatividade e maior taxa de cirurgias por leito. Em relação às taxas de ocupação estas foram maiores nos hospitais mais complexos, incluindo o público.

A maior produtividade nos hospitais privados com fins lucrativos é consequência do gerenciamento da utilização de leitos que é realizada tanto pelos financiadores do SAMS quanto pelas instituições hospitalares a ele conveniadas, além de variáveis ligadas à complexidade de pacientes atendidos, condições sócio econômicas para a alta além da maior flexibilidade de utilização de leitos encontrada no setor privado.

A taxa de ocupação dos hospitais da cidade aumentou e a média de permanência diminuiu na última década, tanto no hospital público, quanto nos privados com e sem fins lucrativos.

Todos hospitais estudados adotam os índices de utilização de leitos mais comuns que são, a taxa de ocupação e a média de permanência, mas não adotam índices mais apurados de produtividade tais como o índice de rotatividade e o intervalo de substituição. As informações dos hospitais privados com fins lucrativos são menos completas em relação à utilização de leitos.

O índice de funcionários por leito é mais alto no hospital público e mais baixo nos hospitais privados sem fins lucrativos. Existindo uma forte tendência dos hospitais privados da cidade à terceirização dos serviços de apoio. Este movimento de terceirização não está sendo acompanhado pelo hospital público.

As taxas de mortalidade dos hospitais de Ribeirão Preto encontram-se abaixo das médias nacionais e estaduais. A variação destas taxas demonstrou que as mesmas não estão relacionadas somente a complexidade das instituições, mas também com suas finalidades, características estas, que determinam ou condicionam o tipo de pacientes que são atendidos nestas instituições, portanto a taxa de mortalidade deve servir para medir padrões de qualidade da assistência clínica do paciente baseadas numa série histórica institucional .

Há uma forte tendência nos hospitais privados em avaliar a opinião do cliente/paciente, pois todos os hospitais privados realizam pesquisa sistemática de opinião do paciente e os administradores referiram que a pesquisa de satisfação é um dos indicadores de desempenho que eles consideram como mais importantes na gestão dos

hospitais. Percebeu-se que há uma tendência em estender esta avaliação para clientes internos.

Tais como a maioria dos hospitais brasileiros os hospitais estudados não possuem padrões de desempenho pré estabelecidos o que compromete a análise e comparação dos resultados e a avaliação do desempenho.

Os indicadores do meio externo aos hospitais não são utilizados como parâmetros para ações de planejamento de acordo com os dirigentes entrevistados

A prática do “benchmarking” ainda é incipiente entre os hospitais. Apenas 33% dos hospitais participam de programas interinstitucionais que proporcionam a troca de indicadores.

Já há uma sedimentação entre os hospitais de agrupar os resultados em forma de relatórios gerenciais, apenas um dos hospitais estudados não agrupa seus indicadores em relatórios mensais, nos demais constatou-se que ocorre uma consolidação e uma análise de, no mínimo, alguns dados de desempenho. Em cinco instituições os dados do relatório estavam ligados à dados básicos de utilização de leitos e faturamento. Constatou-se que em apenas três instituições estes relatórios englobam indicadores de produção, produtividade, qualidade.

De todos os hospitais que elaboram relatórios gerenciais apenas 33% retornam estes dados para as áreas e subáreas das instituições para que os mesmos sejam conhecidos e discutidos. No restante dos hospitais os relatórios são analisados apenas no âmbito da alta administração.

Verificou-se que existe uma incoerência entre os discursos e a prática dos dirigentes dos hospitais estudados, acerca da utilização de indicadores, apesar, de nos



discursos esses dirigentes apontarem uma série de indicadores como fundamentais para que se dê uma gestão, efetiva, eficaz e eficiente, nos hospitais, a coleta de dados permite verificar que essa utilização quando existe ainda se dá de forma pontual e pouco analítica.

De forma global os indicadores não são utilizados pelos dirigentes para análise de desempenho.

A falta de profissionalização da gestão, a ausência de parâmetros de comparação, e a ausência de políticas de investimentos baseada em desempenho, são os principais fatores que dificultam a utilização de indicadores na gestão de hospitais.

## 9. Considerações finais

Constatou-se nessa pesquisa, através dos dados e informações consideradas e das caracterizações dos parâmetros estabelecidos, o número enorme de variáveis, em vários níveis de importância que condicionam os indicadores de desempenho dos hospitais.

As variáveis intervenientes ou condicionantes, como fatores determinantes para análise desses indicadores são: estrutura organizacional, produção e nível de complexidade dos serviços do hospital, a inovação e absorção de novas tecnologias e equipamentos, o desenho dos processos produtivos de serviços internos as características sócio econômicas dos usuários, tipo de hospital e sua finalidade, nível de resolutividade de atenção a saúde e a quantidade de especialidades envolvidas, além do sistema financiador dessa assistência que atua direta ou indiretamente sobre todos esses fatores. As organizações hospitalares estudadas apresentam ainda um olhar muito internalizado. Não está solidificada entre os gestores destas organizações a preocupação em implantar sistemas sólidos de informações, o que acaba redundando na coleta irracional, sem uniformização de critérios, ou estabelecimento de padrões, voltados exclusivamente para uma necessidade imediata.

Diante da diversidade de variáveis que atuam sobre as estruturas, os processos e os resultados das unidades hospitalares, observa-se que a comparação entre elas está praticamente impossibilitada no seu aspecto global, podendo, entretanto, ser realizada setorialmente.

A pesquisa buscou levantamento e a consolidação das informações de indicadores e parâmetros, mas não teve como objetivo ser definitiva, e esta aberta a atualizações e aperfeiçoamentos.

Tem influências das experiências vivenciadas da autora, incluindo, também as deformações de sua formação profissional como, por exemplo, privilegiar a visão global.

Este trabalho busca proporcionar um panorama geral da gestão da assistência hospitalar em Ribeirão Preto, como também identificar possíveis deficiências existentes na utilização dos indicadores de desempenho nessa gestão.

Enfatiza-se que o objetivo desse trabalho foi realizar uma leitura horizontal dos indicadores adotados e sua utilização pelas instituições nas análises de desempenho.

Acredita-se que com esse trabalho deu-se um passo importante para o dimensionamento da situação atual.

O segundo passo seria o levantamento específico e análise de cada grupo de indicadores.

O terceiro passo seria a criação de parâmetros ou padrões para os vários grupos de indicadores adaptados à realidade encontrada na cidade.

Espera-se que o trabalho tenha proporcionado ao leitor a visão de que o exercício da gerência é um processo de tomada de decisão, de contínua avaliação das ações que se sustentam na informação. As informações permitem conhecer, através dos indicadores, a realidade de saúde, as estruturas e as formas de prestação dos serviços, adequando-as à realidade de saúde.

## 10. Referências

ABRAMO, P. Pesquisa em ciências sociais. In.: HIRANO, S. **Pesquisa social, projeto e planejamento**. São Paulo, 1979.

ALVES, A. **Financiamento e eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas**. 1997. 129 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. **Hospital Statistics. Health Forum**. Chicago, EUA, 1999. p. 4-5.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE . Disponível em:<<http://WWW.ans.gov.br/dados>>. Acesso em: 2 jan. 2004.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Diagnóstico de assistência médica Brasil: a política atual de financiamento SUS: salários dos médicos no setor público**. São Paulo: AMB, 1993.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Controle da Qualidade do Atendimento Hospitalar no Estado de São Paulo**. São Paulo: Atheneu, 1998.

AZEVEDO, A.C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, n. 25, p. 64-71, 1991.

AZEVEDO, A.C. **Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos**. 1989. 327 f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

BANCO MUNDIAL. Divisão de Recursos Humanos. Região da América Latina e Caribe. **A Organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. 1995. (Relatório, n. 12655-BR).

BARBOSA, P.R. A profissionalização do dirigente hospitalar como condição para melhores performances gerenciais. **Saúde em Debate**, n. 52, p. 24-34, set. 1996.

BARQUIN, M. **Direcion de hospitales: organización de la atención médica**. 4. ed. México: Nueva Interamericana, 1983.

BECHMARKING. **Exame**, p.32-34, 7 mar. 2001.

BELCHIOR, P. Novo orçamento-programa. Rio de Janeiro, 1976.

BITTAR, O.J.N.V. A crise no sistema de saúde. **Gazeta Mercantil**, 24 jul. 2003. p. A2.

BITTAR, O.J.N.V. Dimensionamento de pessoal na área hospitalar. **Prev. em Dados**, v. 7, n. 1, 1992.

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier; 1997.

BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **R.A.S.**, v. 3, n. 12, 2001.

BITTAR, O.J.N.V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **R.A.S.**, v. 5, n. 17, 2002.

BITTAR, O.J.N.V. O mercado médico no Brasil. **R.A.P.**, v. 30, n. 1, p. 55-66, 1999.

BITTAR, O.J.N.V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista Saúde Pública**, v.30, n. 1, p. 53-60, 1996.

BITTAR, O.J.N.V. **Produtividade em hospitais**. 1994. 98 f. Tese (Livre Docência)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

BOGTRYKKERI, J.J. (Org.). Health Care in Denmark. **The Ministry of Health**, p.11, jun. 1997.

BORBA, W.R. A importância da avaliação e controle na administração hospitalar. **O Mundo da Saúde**, p. 79-84, abr./jun. 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 373. Brasília. Diário Oficial de Brasília, 28 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Estabelece concentração de hospitais de ensino no país. Portaria nº 375. Brasília, 1991. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://portalweb01.saúde.gov.Br/saúde/aplicações/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em: 6 jan. 2004 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde: Conceito e Definições – Hospital Geral de pequeno e médio portes, unidades sanitárias**. Brasília, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas operacionais básicas do sistema único de saúde/SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de normas para elaboração de estatuto e regulamento hospitalares**. Rio de Janeiro, 1966.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde – série “A”**. Brasília, 1987. (Normas e manuais técnicos, 16)

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 3046, 20 de agosto de 1982. **Diário Oficial de Brasília**, Brasília, 26 jul. 1982.

BURMESTER, H.; DUARTE, I.G.; PACHECO, M.C.R. **Sistema de monitorização de indicadores de qualidade e produtividade em hospitais. Projeto BRA 93/11**. São Paulo, 1993. p. 1-27.

CAMP, R. Procure nas outras empresas a melhor solução para o seu negócio. **Folha Management**, v. 25, n. 7, set. 1995.

CASPERIE, A.F. Postoperative Woundinfecties: eem bruikbaar indicator voor de kwaliteit zorg? **Ned Tijdschr Geneeskd**, n. 144, p. 460-462, 2000.

CERTO, C.S.; PETER, J.P. **Administração estratégica planejamento e implantação de uma estratégia**. São Paulo: Makron Books, 1993.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COHEN, T. et al. Benchmark indicators for medical equipment repair and maintenance. **Biomedical Instrumentation & Technology**, p. 308-321, July/Aug. 1995.

COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE RIBEIRÃO PRETO (São Paulo)-CODERP. Disponível em: <<http://www.coderp.com.br>>. Acesso em: 1 jul. 2003.

COSTA, E.S. et al. Estudo das estruturas organizacionais e indicadores de Hospitais de Ensino das regiões sul e sudeste do país. **Rev. Ciênc. Farm.**, v. 18, n. 2, p. 293-306, 1997.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M.; MELO, M.A.C.O. Desenho institucional da reforma regulatória e falhas no mercado setor saúde. **R.A.P.**, v. 35, n. 2, p. 193-228, 2001.

D'ÓLEO, R.J.M. **Avaliação de leitos hospitalares na região de Ribeirão Preto**, 1988. 1991. 206 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

D'OLEO, R.J.M.; FÁVERO, M. Utilização dos leitos hospitalares na região de Ribeirão Preto (Brasil). **Medicina Ribeirão Preto**, n. 1, p. 33-40, jan./mar. 1993.

DAL POZ, M.R. et al. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. Programa de desenvolvimento de recursos humanos. **Organização Pan Americana de Saúde**, jun. 1997.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem. F.D. Quart.**, n. 44, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. **Qual. Assur. Utiliz. Rev.**, v. 1, n. 1, p. 6-12, 1986.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How cCan be assessed. *Jama*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONAHUE, K.T; LEARY D.S. A Evolução dos Sistemas de Acreditação de Instituições de Saúde. Ensaio, V.8, n. especial, p.-15, 2000.

DRUCKER, P. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

DRUCKER, P. Management and word's work. **Harvard Business Review**, p. 65-76, 1988.

DUSSALT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. **Educ. méd. Salud.**, v. 28, n. 4, p. 478-479, 1994.

DUSSALT, G.A. Gestão de serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Publ.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 1992.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANÇA, S.B. A assistência médico-hospitalar no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 14-19, 1994.

GILMORE, C.M.; NOVAES, H.M. **Manual de gerência da qualidade**: Sime HSP. São Paulo: Organização Pan Americana de Saúde, 1997. (Manuais operacionais Paltex, v.3, n.9)

GLANDON, G.C. An analytical review of hospital financial performance measures. **Hosp. Health Serv. Admin.**, v. 32, n. 4, p. 439-455, 1987.

GOMES, D.I. Leitos hospitalares – Algumas considerações. **Rev. Adm. Saúde**, v. 2, n. 5, p. 5-9, 1999.

GORDON, E.H. Healthcare and economics: marketforces to change. In: ELROD, J.R.S.L.; SMELDS, G.B.; BERMAN, J.T. **Merging healthcare institutions: a guidesbook for buyers and sellers**. Chicago: American Hospital, 1987. p. 1-16.

GROSSKOPF, S.; VALDMANIS, V. Measuring hospital performance. **Health Serv. J.**, n. 97, p. 676, 1987.

HUNGER, J.D.; WHEELLEN, L.T. **Gestão estratégica: princípios e práticas**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2002.

HURLEY, R.E. The postindustrial decentralization of the hospital and the urban analogy. **Healter Matrix**, v. 5, n. 1, p. 17-28, 1987.

IBÁÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo no estado de são Paulo. **ABRASCO**, v. 6, n. 2, 2001.

INDICADORES PROHASA. **Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 14, mai./jun.1999.

INDICADORES PROHASA. **Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 24, out./dez. 2000.

INDICADORES PROHASA. **Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 23, jul./set. 2001.

INDICADORES PROHASA. **Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 28, jul./set. 2002.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade. **Critérios para geração de indicadores da qualidade e produtividade no serviço publico**. Brasília: IPEA, 1991.

JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. **As condições de saúde no Brasil, retrospecto de 1979 à 1995**. Brasília: Fiocruz, 2000.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. **The balanced scorecard**. Boston, MA: Howard Business School Press, 1996.

KARDEC, A. et al. **Gestão estratégica e avaliação do desempenho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

KLUCK, M. et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **RAS**, v. 4 n. 16, p. 27-32, 2002.



- KOONTZ, H.; O'DONNELL, C. **Princípios da administração**: uma análise das funções administrativas. 9. ed. São Paulo: Pioneira, 1974.
- LANA, F.C.F. et al. Características da rede hospitalar de Ribeirão Preto: categorias de financiamento, cobertura populacional e recursos humanos. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 26, n. 3, p. 408-418, 1993.
- LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000.
- LESLEE, S.; MILLER, D. Defining quality health care with outcomes assesment while achieving economic value. **Topics in Health Information Management**, v. 20, n. 3. p. 44-54, 2000.
- MALIK, A.M. Qualidade em serviços de saúde nos setores públicos e privados. **Cadernos Fundap**, n. 19, p. 7-24, 1996.
- MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços de saúde**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Faculdade Saúde Pública-USP, 1998.
- MARINHO, A. Estudos de eficiência em hospitais públicos e privados. **R.A.P.**, v. 32, n. 6, p. 145-158, 1998.
- MARTINS, R.A.; TOLEDO, J.C. Proposta de modelo para elaboração de programas de gestão para a qualidade total. **Revista de Administração**, n. 33, p. 52-59, 1998.
- MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.
- MENDES, V.L.P. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 46, n. 3-4, p. 211-225, 1993.
- MIRSHAWKA, V. **Hospital fui bem atendido**: a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994.
- MONTALTO, M. et al. Measuring the quality of hospital in the home care: a clinical indicator approadi. **Int. J. Qual. Healt Care**, v. 11, n. 5, p. 413-418, 1999.
- MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea**: a ciência e arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- MURPHY, M.E.; NOETSCHER, C.M. Reduncing hospital in patient lengths of stay. **J. Nurs. Care Qual.**, n. 40, p. 54, 1999. Edição Especial.

NOGUEIRA, L. C. **Gerenciamento pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: FDG, 1999.

NORONHA, J.C.; TRAVASSOS, C.M.; ROSA, M.L.G. Quality improvement initiatives in Brazil: a progress report. **Joint Commission Journal on Quality Improvement**, v. 25, n. 11, p. 556-573, 1999.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Garantia de qualidade**: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. São Paulo: OPAS, 1992. (Série Sillos, 13)

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas serviços e tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, n. 34, 2000.

OLIVEIRA, S.C. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde em estudo de caso**. 1996. 61 f.. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Les systemes de santé. Ala recherche d'efficacité**. Paris: OCDC, 1990. (Estudes de Politique social, 7).

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília, 1999.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Aumento de la capacidad operativa de los servicios da salud com vistas ao lagro de la meta de salud para todos em el ano 2000; discusiones técnicas de la XXX reunion del consejo directivo de la OPS**. Washington, 1985. (Publicações Científicas, 482)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Glosario de términos hospitalares**. Washington, 1973. (Publicações Científicas, 261)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las condiciones de salud en las Americas 1981 – 1984**. Washington, 1986. (Publicações Científicas, 500)

PAGANINI, J.M. **Calidad de cooperación e eficiência de la atencion hospitalaria**. São Paulo: OPAS, 1993. (Série Silos)

PAGANINI, J.M.; NOVAES, H.M. **El hospital público: tendências y perspectivas**. Washington: OPAS, 1994. (Série Silos)

POLIT, D.F.; HUGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMPAZZO C.R B. et al. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do I.C.H.C. – PAMB com relação ao atendimento prestado. **Rev. Hosp. Clin. FMSP**, v. 49, n. 2, p. 82-87, 1994.

RIMAR, S.; GARSTKE, S.J. The balanced scorecard: development and implementation in an Academic Clinical Department . **Acad. Med.**, n. 7, p. 114-122, 1999.

ROCCO, E. **Definição de procedimentos para levantamento de produtividade e eficiência em serviços de manutenção de equipamentos eletrodomésticos**. 1998. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SANCHES, S.A.H.; SAMA, N.R. Elementos para la gerencia hospitalaria. **Revista Médica de Costa Rica y Centro América**, n. 545, p. 171-175, 1998.

SANTIAGO, J.M. Use of the balanced scorecard to improve the quality of behavioral health care. **Psychiatric Serv.**, v. 50, n. 12, p. 1571-1576, 1999.

SIMIONI, A.M.C. et al. **Metodología qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais**. São Paulo: 1977. (Série monográfica, 2).

SIPAGEH. **Administração Hospitalar**. São Paulo: Centro de Ciências Econômicas-Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2002.

SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE. **Abraspress**, ano 3, n. 17, set./out. 1998.  
SLOAN, F.A.; VALCONA, J. Why has hospital length of stay declined? An avaluation of alternative theories. **Soc. Sci. Med.**, v. 22, n. 1, p. 63-73, 1986.

SOEIRO, E. **Análise do padrão das hospitalizações em estudo dos hospitais gerais de Campinas 2000 – 2001**. 2002. 194 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SOFAER, S. et al. Developing performance indicators that reflect an expanded view of healt: findings from the use ofan innovative methodology. **J. T. Comm. J. Qual. Improv.**, v. 26, n. 4, p. 189, 2000.

SUMMER, S.J.; KAZANDJIAN, V.A. Mariland Project Seeks Hospital Performance Data. **Am. Hosp. Assoc.**, v. 2, n. 3, 1990.

TANAKA, O.Y. **Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e de pronto atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio de estudo da clientela usuário**. 1988. 158 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

TAYLOR, K.S. Contracting gains ground. **Hospitals**, p. 32-43, 20 May 1993.

TIRONI, L.F. Indicadores da qualidade e produtividade: conceitos e usos. **Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade**, v. 1, n. 1, p. 7-17, 1991.

VECINA, G. Vontade política motivada para sociedade pode contribuir para transformação das organizações de saúde. **Administrador Profissional**, ano 25, n. 192, jun. 2002.

WATCHE, T.L. et al. Building a balanced scorecard for a burn center. **Burns**, n. 25, p. 431-437, 1999.

WEST, R.R.; FARROW, S.C.; JONES, D.A. Input – output relationship in the N.H.S.: interdistrict variations in ENT surgery within wales. **Community Medicine**, v. 10, n. 4, p. 319-336, 1988.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 01.

ZUCCHI, P. Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 3, p. 65-76, 1998.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O.J.N.V. Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. **R.A.S.**, v. 4, n. 14, p. 9-15, 2002.

**Anexo I****FORMULÁRIO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA**

01-Cargo do entrevistado

02-A quanto tempo exerce o cargo

03-Formação

04-Data, Início, Funcionamento da instituição

05-Tipo de Instituição

( ) Pública

( ) Privada Lucrativa

( ) privada sem fins lucrativos ( Filantrópica / beneficente )

06-Número de leitos

( ) até 50

( ) 51 à 150

( ) 151 à 500

( ) Acima de 500



12-Média de permanência de pacientes:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

13-taxa de ocupação:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

14-Índice de renovação:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

15-Índice de intervalo de substituição:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

16-Número de atendimentos ambulatoriais:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

17-Taxa de mortalidade geral:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

18-Taxa de mortalidade institucional:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

19-Número de internações mês:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

20-Média de paciente dia:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

21-Número de funcionários por leito ( incluindo terceirizados):

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

22-Número de intervenções cirúrgicas / mês:

\_\_\_\_\_ ( ) Não mede

23-Existência de pesquisa formal de satisfação dos clientes

( ) Pacientes / Frequência \_\_\_\_\_

( ) Funcionários / Frequência \_\_\_\_\_

( ) Convênios / Frequência \_\_\_\_\_

( ) Médicos / Frequência \_\_\_\_\_

( ) Fornecedores / Frequência \_\_\_\_\_

( ) Não existe



24-Existência de balanço / balancete

( ) Sim

( ) Não

( ) Em implantação

25-utiliza-se de auditorias independentes periodicamente

( ) Sim

( ) Não

26-Existência de orçamento anual

( ) Sim

( ) Não

( ) Em implantação

27-O senhor (a) utiliza indicadores externos a instituição?

---

---

---

---

---

---

28-Muito administradores chegam até a coletarem indicadores mas não os utilizam. Porque o senhor (a) acha que isso acontece?

---

---

---

---

---

---

29-na sua vivência o senhor (a) acha que alguns indicadores são mais importantes que os outros? Fale um pouco sobre isso:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ANEXO II	
<p><b>EXPRESSÕES CHVAES PARA A QUESTÃO 28:</b>  <b>Muito administradores chegam até coletar indicadores, mas não os utilizam. Porque o senhor(a) acha que isso acontece?</b></p>	<p><b>IDÉIAS CENTRAIS</b></p>
<p><b>ECHA</b>  Eu posso começar por aí, são vários os parâmetros, mas acho que no Brasil nós não temos parâmetros confiáveis, que possam servir de referência para os dados</p> <p><b>ECHC</b>  Então eu pego os dados e falo: Não é possível, não é assim. Será que eu estou tão fora do mercado assim? Você não consegue ter confiabilidade nos dados</p> <p><b>ECHB</b>  Uma das explicações para não se utilizar os dados pode ser a falta de confiança neles.</p>	<p>- Falta de parâmetros confiáveis</p>
<p><b>ECHH</b>  Eu acredito que eles não usam os indicadores por falta de experiência, é falta de experiência mesmo, falta de maturidade dentro do trabalho que está desenvolvendo.</p> <p><b>ECHG</b>  Há muito profissionais que não são da área. O leigo vai perguntar o que fazer com os indicadores?</p> <p><b>ECHF</b>  A partir do momento que você profissionaliza a gestão os indicadores começam aparecer espontaneamente</p> <p><b>ECHC</b>  Temo que trazer pessoas de fora para ensinar os administradores a trabalhar com os indicadores</p> <p><b>ECHE</b>  Nos hospitais menores falta assessoramento para o administrador trabalhar com os indicadores.</p> <p><b>ECHD</b>  Realmente muito poucos usam os dados, são pouco profissionais. Falta ainda muita</p>	<p>- Falta de preparo para função gerencial</p>

<p>formação na área hospitalar, há muitos profissionais improvisados que não sabe usar nem interpretar direito, tem pouco conhecimento.</p>	
<p><b>ECHE</b> O número de profissionais em alguns hospitais é mínimo.</p> <p><b>ECHB</b> Não usam por falta de tempo mesmo.</p> <p><b>ECHC</b> Num hospital o administrador acaba dançando conforme o recurso que ele tem na mão, e o recurso é muito pequeno. Ele até tem acesso a isso mas faltam condições. O que a gente faz em um primeiro momento é apagar incêndio, essas coisas ficam para segundo plano, no hospital as coisas são muito dinâmicas, e você não pode se dar ao luxo de trabalhar com isso</p>	<p>- Falta de condições estruturais</p>
<p><b>ECHF</b> Na realidade o que eu acho mesmo, o que eu tenho percebido é que as pessoas tem medo e preferem não ver os indicadores, porque eles incomodam.</p>	<p>- Por medo</p>
<p><b>ECHA</b> Não existe um critério para distribuição de orçamento baseado em desempenho. Quem chora mais pode mais. Alguns hospitais públicos não tem nosso desempenho, mas tem o orçamento seis vezes o nosso. Os dados não tem servido de parâmetro para nenhuma política de investimento do governo.</p>	<p>- As políticas não privilegiam investimentos com base em indicadores</p>
<p><b>EXPRESSÕES CHVAES PARA A QUESTÃO 29:</b> Na sua vivência o senhor(a) acha que alguns indicadores são mais importantes que outros? Fale um pouco sobre isso:</p>	<p><b>IDÉIAS CENTRAIS</b></p>

<p><b>ECHH</b> Eu acredito que todos são importantes para o desempenho do hospital.</p> <p><b>ECHF</b> Os indicadores são a vida do hospital.</p> <p><b>ECHB</b> Todos os indicadores te mostram os caminhos a serem seguidos, todos tem uma finalidade, todos são dados importantes.</p> <p><b>ECHD</b> Não há dúvida que todos os indicadores são importantes</p>	<p>- Todos os indicadores são importantes</p>
<p><b>ECHH</b> Os administradores devem realizar uma análise cuidadosa do número de funcionários por leito, as vezes ele está muito baixo e vamos prestar uma assistência de qualidade duvidosa, temos que ter cuidado em relação a isso.</p> <p><b>ECHC</b> A questão do número de funcionários por leito é um indicador que se usa bastante.</p> <p><b>ECHE</b> O número de funcionários por leito é muito importante, principalmente o número de enfermeiras por leito, a gente mede a qualidade do recurso humano.</p>	<p>- Número de funcionários por leito</p>
<p><b>ECHG</b> A opinião do cliente é um termômetro de como vão indo as coisas.</p> <p><b>ECHC</b> A satisfação do paciente é o principal indicador que você tem.</p> <p><b>ECHE</b> A satisfação do paciente é um dos indicadores, para você acompanhar, buscar e melhorar a qualidade do atendimento.</p>	<p>- Satisfação do paciente</p>
<p><b>ECHB</b> A média de permanência do paciente é importante para você verificar a qualidade da assistência do corpo clínico e da enfermagem. A quantidade de paciente que entra no hospital também é importante</p> <p><b>ECHD</b> O leito ocioso para mim é um problema de custo,</p>	<p>- Indicadores relacionados a utilização do leito hospitalar</p>

<p>portanto a média de permanência e a taxa de ocupação são muito importantes.</p> <p><b>ECHF</b> Todos hospitais devem analisar sua taxa de permanência como indicador de qualidade.</p> <p><b>ECHE</b> O que mais chama atenção é a média de permanência e a rotatividade dos pacientes, a taxa de ocupação também é importante.</p> <p><b>ECHC</b> A permanência é importante de uma forma geral.</p> <p><b>ECHD</b> A rotatividade, a ocupação, e a permanência você tem que olhar todos os dias.</p>	
<p><b>ECHE</b> A taxa de mortalidade também é um indicador importante para gente. Nós vamos avaliando se estamos dentro da normalidade.</p> <p><b>ECHF</b> A taxa de mortalidade é um indicador básico de qualidade.</p> <p><b>ECHG</b> Outro índice como a taxa de mortalidade, o índice de óbitos em sala e a taxa de infecção hospitalar devem ser avaliados.</p>	- Indicadores ligados à resultados
<p><b>ECHF</b> Eu acho muito importante os indicadores econômicos e financeiros.</p> <p><b>ECHE</b> O financeiro eu tenho ele como especial, sei da receita que dá no mês, o mais importante é o financeiro mesmo.</p> <p><b>ECHB</b> Os dados financeiros são dados com os quais você vai trabalhar para fazer a programação e a execução do orçamento.</p> <p><b>ECHA</b> Do ponto de vista administrativo o mais importante são os custos por procedimento.</p> <p><b>ECHD</b> Eu vejo que os indicadores mais importantes são aqueles que estão relacionados diretamente com a saúde financeira do hospital, aqueles do faturamento</p>	- Indicadores ligados à custos

