

1 INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento das organizações hospitalares em busca da melhoria da qualidade de seus serviços tem sido motivado por um conjunto de fatores.

No contexto econômico, os hospitais lidam com a defasagem da tabela SUS, sem reajuste global nos últimos dez anos. Na saúde suplementar, quando são aplicados não acompanham a inflação. Este cenário tem provocado a necessidade de buscar alternativas em programas de qualidade, para a otimização dos recursos e da gestão como alternativa à sobrevivência das organizações.

De acordo com Pedrosa (2004), “o cenário atual brasileiro, dentro de uma economia globalizada encontra-se numa situação muito preocupante, e as organizações não suportarão mais custos como os relacionados à má qualidade”.

Outro fator, diz respeito à relação médico-paciente, que vem ao longo do tempo se modificando. O cliente tem acesso facilitado às informações sobre tratamentos e foram estabelecidas a seu favor legislações que garantem seus direitos. (FREIRE, 2005, cap. 6).

As instituições hospitalares, por sua vez, na condição de co-responsáveis pelo exercício da medicina, passam a buscar através da qualidade, a organização de seus processos e o gerenciamento dos riscos, com o intuito de evitar e reduzir as probabilidades de ocorrências indesejadas decorrentes da assistência prestada ao cliente e suas conseqüências.(ALMEIDA, 2005, cap.7).

Para Andrade (2006), a medicina é uma arte, pela sua própria natureza em que consiste o poder de interferir na integridade física do ser humano e tutelar o bem maior da humanidade que é a vida. É também um ato jurídico, na medida em que o exercício da medicina é regulamentado pelo ordenamento jurídico pátrio. A relação entre o médico e o paciente levou a discussões que propiciaram o fortalecimento do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido, que atualmente é reconhecido como expressão de respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, ao considerar o paciente com autonomia e vontade própria, ou seja, é capaz de escolher o melhor para si.

A Constituição de 1988 em seus artigos 196 e 198 estabelece a saúde como direito social universal fazendo com que desta forma os hospitais deixem de ser centros do modelo assistencial e transferem aos municípios a gestão dos serviços de saúde. Devido a esta nova posição do hospital na rede assistencial e aos movimentos gerenciais voltados para a qualidade, observou-se a necessidade e importância do desenvolvimento de instrumentos

gerenciais relacionados à avaliação de serviços oferecidos à população. (RODRIGUES, 2004).

Ao chegar a década de 90 surgem no Brasil iniciativas regionais relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar, mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. (QUINTO NETO & GASTAL, 1997, cap.2).

O Sistema Brasileiro de Acreditação foi criado no final dos anos 90, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos hospitais ao paciente/cliente. Para a implementação deste processo, foi instituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA) que passou a disseminá-lo nacionalmente. (MOPSH, 2001).

Pode-se afirmar que como reflexo da disseminação e aprimoramento metodológico do Sistema Brasileiro de Acreditação, associado a fatores econômicos e jurídico-sociais, as organizações hospitalares públicas, privadas e filantrópicas, passaram paulatinamente a focalizar a sua atenção para a melhoria da qualidade de seus serviços. Esses hospitais objetivam encontrar a qualidade, definida por Donabedian (1980), “... que consiste na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o paciente, e ao menor custo”. (BONATO, 2003).

As OPSS vêm utilizando a norma de gestão do Sistema Brasileiro de Acreditação de maneira progressiva. Em 05/09/2007, o site da ONA apresentava 84 hospitais acreditados. Há forte tendência ao crescimento, conforme demonstram os dados do GRÁFICO 1 E TAB. 1

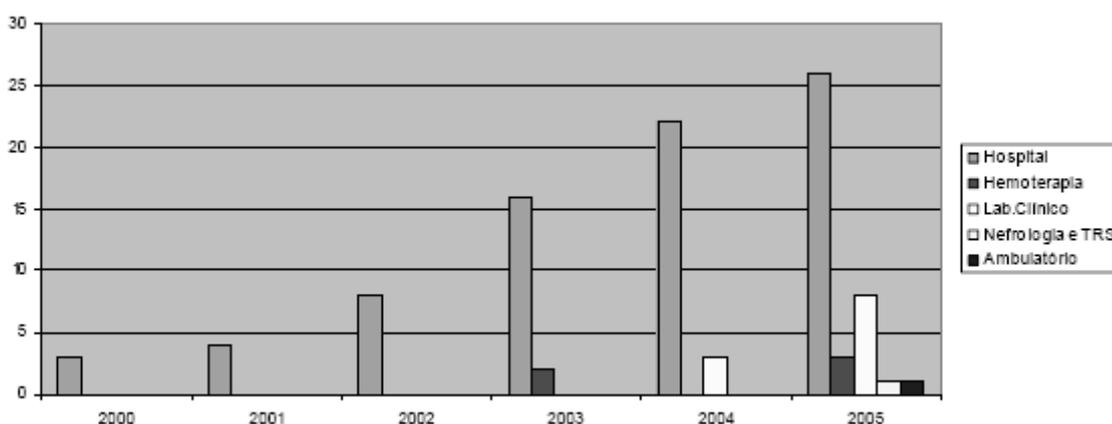


Gráfico 1: Serviços de Saúde acreditados entre 2000 e 2005, por tipo de serviço.

Fonte: Gerência-Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde-GGTSS/ANVISA 2006

A TAB. 1 apresenta o número de hospitais acreditados de 2000 a 2005.

TABELA 1
Número de hospitais acreditados – Brasil – 2000-2005

Certificações Hospitalares							
Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
	3	4	8	16	22	26	79

Fonte: Gerência-Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde-GGTSS/ANVISA 2006

O crescimento foi de 100% de hospitais acreditados, comparando os períodos 2002/ 2001 e 2003/ 2002. Em 2004, o crescimento foi de 73% e em 2005 foi de 85%.

Ainda não existe uma avaliação objetiva da capacidade do conjunto de requisitos gerenciais da norma de acreditação para determinar os resultados de qualidade esperados, o que se faz necessário em vista dos recursos envolvidos no processo e o número expressivo de hospitais no país.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Hospital

A palavra Hospital tem origem no latim como adjetivo derivado de hospes que significa estrangeiro, viajante, conviva, que dá agasalho e que hospeda. Outros termos associados foram surgindo como hospedale e hospital. (MAUDONNET et alii, 1998, cap. 1).

As casas reservadas aos tratamentos temporários dos enfermos eram chamadas de hospitais. (CAMPOS 1965, cap.1).

2.1.1 História e origem

Na era cristã, a terminologia mais utilizada foi relacionada com o grego e o latim, podendo salientar nosocomium: lugar dos doentes, asilo dos enfermos; nosodochium: recepção de doentes; ptochotrophium: asilo para as crianças; xenotrophium: asilo e refúgio para viajantes e estrangeiros; gynetrophyum: hospital para mulheres; gerontokomium: asilo para velhos; hospitium: lugar onde os hóspedes eram recebidos, surgindo a palavra hospício para os estabelecimentos que recebiam doentes pobres, incuráveis ou insanos. (MAUDONNET, 1998, cap.1).

Os hospitais mais antigos de que se tem conhecimento são os militares da Antigüidade, organizados para atender aos soldados feridos nas guerras. Na Suméria (região do centro da Palestina, localizada entre a Galiléia e a Judéia), há pinturas datadas de 2920 a C., que retratam algo semelhante à assistência hospitalar aos guerreiros. (PEDROSA, 2004).

As ruínas descobertas na região do Danúbio mostram que por volta do século IV a.C., na Europa Ocidental, os hospitais militares romanos eram organizações institucionalizadas. (CAMPOS 1965, cap.1).

Dutha Gamoni, em 161 a.C., por pressentir o fim de seus dias, pediu que fossem lidos os documentos dos fatos de seu reinado. As últimas palavras que ouviu foram:

Eu tenho mantido em diferentes lugares hospitais providos de dieta conveniente e de medicamentos, para os enfermos, preparados por médicos.

Na Índia, há uma inscrição em uma rocha, com registro de hospitais construídos pelo rei Asaka, em 226 a.C. e no Ceilão em 437 a.C. A partir da era cristã, o hospital passou a ser visto como entidade assistencial para peregrinos e pobres. (MAUDONNETT ET alii 1998, cap. 1).

Houve influência do budismo na propagação das instituições hospitalares. O príncipe Gautana, construiu hospitais e nomeou um médico para cada dez cidades, sendo seguido por seu filho Upatise. (CAMPOS 1965, cap.1).

Constantino I, imperador romano na primeira metade do século IV d. C. convocou e dirigiu o primeiro Concílio, no ano de 325 em Nicéia estabelecendo que, em cada cidade, houvesse um local para acolher os peregrinos, doentes e pobres. (PEDROSA, 2004).

O Hotel Dieu de Lyon, sob o nome de xenotrophium, foi em 549, no Concílio de Orleans, destinado a receber órfãos, pobres e peregrinos. Hospitais para escolares e peregrinos foram criados em Paris. O São Nicolau de Louvre, em 1187, para escolares; o Santo Sepulcro em 1326, para peregrinos de Jerusalém; o hospital de Santa Catarina para desocupados com permanência máxima de três dias. Nesta época, o termo hospital era impreciso. (CAMPOS, 1965, cap. 1).

A FIG. 1 ilustra a cena cotidiana de um hospital no Século XV.

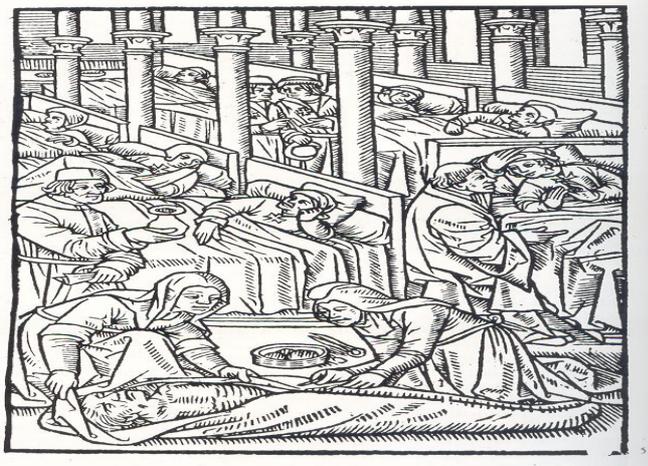


FIGURA 1 - Cena do cotidiano de um hospital do Século XV

Fonte: Adapt. de Lyons e Petrucelli (1984.352).

O hospital brasileiro deve-se à iniciativa do português Brás Cubas, em Santos no ano de 1543. Sucederam-se na Capitania de Espírito Santo, Ilhéus, Olinda, São Sebastião do Rio de Janeiro e do Planalto de Piratininga, as Santas Casas de Misericórdia, todas antes do Século XVII. (MAUDONETT et alii, 1998, cap. 1).

2.1.2 *Funções do hospital*

Antes do século 18, os hospitais destinavam-se a separar os enfermos da sociedade, a espera da morte, com pouca intervenção sobre a doença ou o doente. A formação médica não incluía atividade hospitalar. No final do século XVIII, surgem os primeiros hospitais com características de intervenção terapêutica e objetivo de alcançar a cura de doentes. Nesse período a Academia de Ciências da França busca uma padronização para os hospitais existentes, através de estudos dos aspectos físicos e funcionais para transformar os depósitos de doentes da época em instituições que buscassem a assistência à saúde e permitissem um local de prática médica. (GURGEL JÚNIOR ET alii, 2002).

A disciplina incorporada pelos hospitais militares, criados em razão das guerras, influenciou o funcionamento hospitalar tal como conhecemos hoje, com fichamento dos pacientes, identificação por leitos e a separação por doenças. Assim, o hospital passa a ser um campo documental normatizado, além de um espaço de cura. (GURGEL JÚNIOR et alii, 2002). E se constitui, ainda, num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica. (AZEVEDO, 1995).

A organização hospitalar é uma das mais complexas, por apresentar vários sistemas, equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e realizador a pacientes, onde se utiliza tecnologia em processo de acumulação e modernização constantes. O hospital com as características observadas nos dias atuais é algo muito recente. Uma organização como instrumento de interferência terapêutica, com o objetivo de suprimir a doença é relativamente novo. (GURGEL JÚNIOR et alii, 2002).

No Brasil, a comissão responsável em elaborar o ante-projeto da Lei Orgânica da Assistência Médico-Hospitalar, definida pelo Decreto número 37.773 de 18/8/1955, definiu “hospital como a instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitem de assistência médica e cuidados constantes de enfermagem”.

O sucesso do hospital está associado a um bom planejamento comunitário, bom projeto de construção e boa administração. (MAUDONNET et alii, 1988, cap.1).

Em 1957 a Organização Mundial da Saúde definiu o hospital, em seu Informe Técnico número 122, como:

Parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu

domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas bio-sociais. (PEDROSA, 2004).

Com o decorrer dos anos, a medicina e os médicos foram se aprimorando na fisiopatologia, entendida como a ciência das mudanças das funções fisiológicas causadas pela doença e etiopatogenia como o estudo das causas das doenças ou do seu desenvolvimento, levando também à evolução dos hospitais. O propósito de encaminhamento de pacientes passou a ser para tratamento e cuidados especializados. (GONÇALVES, 1983, capítulo 1).

Os hospitais são sistemas complexos constituídos de diferentes sistemas. (BITTAR, 1996). Pode-se dizer que tal complexidade está relacionada a fatores humanos, tecnológicos e de sistemas. A diversidade de categorias profissionais que compõe o quadro de pessoal, as constantes modernizações tecnológicas aplicadas no tratamento e diagnóstico do paciente e as multi-empresas que compõem os processos hospitalares argumentam esta afirmativa.

- Pode-se dizer que as diferenças entre hospitais e outros tipos de organizações, estão relacionadas a (PEDROSA, 2004):
- Prestação de serviços personalizados e individuais;
- Ausência de previsibilidade de demandas e dependência das necessidades de seus clientes;
- Definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros;
- Trabalho diversificado e com pouca padronização em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção;
- Pouco controle sobre seus trabalhadores e sobre os pacientes;
- Organização não baseada em uma linha única de autoridade. O administrador hospitalar detém menos autoridade e poder em relação a outras organizações;
- Organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade repousa no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais. É, porém, uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada que não pode funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros.

Os hospitais modernos têm diferentes funções classificadas como restaurativa, preventiva, educativa, pesquisa e integração. (GONÇALVES, 1983, capítulo 1).

Bonato (2003) descreve as funções dos hospitais como sendo:

- Função restaurativa compreende o diagnóstico e o tratamento através de procedimentos médicos, cirúrgicos ou especiais, reabilitação física, mental e social e atendimento de urgência;
- Função preventiva refere-se às atividades de prevenção, como acompanhamento da gravidez e do nascimento, desenvolvimento da criança e do adolescente, controle de doenças contagiosas, prevenção de doenças prolongadas, invalidez, educação sanitária, saúde ocupacional e higiene no trabalho;
- Função educativa envolve aspectos do ensino médico, vinculado à idéia de hospital de ensino. Representa também a participação em programas de natureza comunitária, e
- Função de pesquisa e integração referindo-se à participação no desenvolvimento de pesquisas para o progresso da sociedade.

Um hospital é uma unidade econômica que possui vida própria e, difere das outras empresas porque o seu objetivo ou produto básico é a manutenção ou restabelecimento da saúde do paciente. Em uma organização hospitalar, um produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento, controlado pelo médico. (PEDROSA, 2004).

O hospital moderno, incorporado aos sistemas integrados de saúde, comporta-se como um centro de referência, articulado às políticas gerais de um país, de uma região e de uma localidade; faz parte do esquema geral da assistência, dentro do qual a educação da comunidade, no que se refere à promoção e à prevenção da saúde e a reabilitação. (MALAGÓN, 2003, cap. 3).

2.1.3 Perfil dos hospitais brasileiros

Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, o Brasil conta com 171.047 estabelecimentos de saúde classificados por tipos de unidades, conforme a TAB. 2.

TABELA 2
Estabelecimentos de saúde por tipos de unidades – Brasil - 2007

Descrição	Total
Unidade Mista	930
Policlínica	4.035
Posto de Saúde	11.061
Unidade de Vigilância em Saúde	2.337
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp - Urgência/Emergência	293
Unidade Móvel Terrestre	806
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	14.241
Pronto Socorro Geral	555
Laboratório Central de Saúde Pública Lacen	29
Unidade Móvel Fluvial	26
Centro de Parto Normal - Isolado	19
Consultório Isolado	74.272
Central de Regulação de Serviços de Saúde	309
Pronto Socorro Especializado	139
Clinica Especializada/Ambulatório de Especialidade	24.436
Hospital Geral	5.171
Hospital Especializado	1.246
Hospital/Dia - Isolado	349
Centro de Saúde/Unidade Básica	30.239
Cooperativa	214
Farmácia	340
Total	171.047

Fonte: CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Acesso em 26/12/2007.

Os hospitais são classificados no CNES como hospital geral, hospital especializado e hospital dia-isolado. A TAB.3 apresenta o total de hospitais no Brasil, de acordo com estas categorias.

TABELA 3
Número de hospitais - Brasil - 2007

Localização	Tipo de Hospital		
	Geral	Especializado	Hospital Dia Isolado
Brasil	5.171	1.246	349

Fonte: CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Acesso em 26/12/2007

De acordo com os dados do CNES (12/2007), no Brasil estão cadastrados 6.766 hospitais.

A TAB. 4 apresenta o número de leitos, classificados em leitos cirúrgicos, clínicos, complementares (unidade de tratamento intensivo), obstétricos, pediátricos, outras especialidades (crônicos, psiquiatria, reabilitação, tisiologia) e hospital dia (cirurgia, AIDS, fibrose cística, intercorrência pós-transplante, geriatria e saúde mental).

TABELA 4

Número de leitos - Brasil – 2007

Descrição	Existente	SUS	NÃO SUS
Cirúrgico	112.258	75.815	36.443
Clínico	147.020	107.644	39.376
Complementar	36.469	19.601	16.868
Obstétrico	62.754	48.668	14.086
Pediátrico	66.688	54.885	11.803
Outras Especialidades	68.665	56.629	12.036
Hospital Dia	6.598	4.155	2.443
Total Clínico-Cirúrgico	259.278	183.459	75.819
Total Geral	500.452	367.397	133.055

Fonte: CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Acesso em 26/12/2007

De acordo com o CNES, os hospitais brasileiros dispõem de um total de 500.452 leitos, destes 73,41% destinados ao SUS e 26,59% a convênios e pacientes particulares.

Os leitos clínico/cirúrgico (259.278) representam 52% do total de leitos disponíveis no Brasil. Desse montante de leitos clínico/cirúrgico, 70,76% são leitos destinados ao SUS e 29,24% para convênios e pacientes particulares.

2.1.4 Perfil dos hospitais acreditados

Para identificação dos hospitais brasileiros, acreditados pela metodologia da ONA, buscou-se referência no documento divulgado pela GGTSS / ANVISA (2006), elaborado com o intuito de avaliar os resultados do convênio ANVISA /ONA, firmado em março de 2004. O convênio com duração até 2005 tinha como propósito subsidiar ações de vigilância sanitária para manutenção, ampliação, consolidação e divulgação do Sistema Brasileiro de Acreditação, por meio da promoção de eventos técnicos e de apoio. (GGTSS/ANVISA, 2006).

TABELA 5

Diagnósticos e certificações de serviços de saúde - Brasil – 2004-2005

Ano	2004	2005
Diagnóstico Organizacional	90	90
Certificações	25	39

Fonte: GGTSS/ANVISA - 2006

No ano de 2005, houve um crescimento de 56% de certificações em relação ao ano anterior. O número de diagnósticos foi o mesmo nos dois anos.

A TAB. 6 apresenta a tendência de crescimento do número de hospitais certificados.

TABELA 6

Hospitais acreditados – Brasil – 2000 - 2005

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número de Hospitais	3	4	8	16	22	26

Fonte: GGTSS/ANVISA 2006

A TAB. 7 apresenta cumulativamente os hospitais acreditados em 2005, por unidade federativa. A maioria destes hospitais (21), tem de 100 a 200 leitos e correspondem a 44% do total de certificados, seguido de hospitais com menos de 100 leitos (11), correspondendo a 23% do total. Observa-se que do total de hospitais certificados (48), 80% são privados.

TABELA 7
Hospitais acreditados por número de leitos e estado – Brasil - 2005

Tipo	< 100 leitos		100 a 200 leitos		201 a 300 leitos		>300 leitos	
	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público
São Paulo	8	0	11	1	4	5	0	0
Minas Gerais	1	0	1	0	1	0	1	0
Rio Grande do Sul	1	0	0	0	1	0	1	0
Distrito Federal	0	0	2	0	0	0	0	0
Paraná	0	1	1	0	0	0	0	0
Rio de Janeiro	0	0	2	0	0	0	0	0
Ceará	0	0	1	0	0	0	0	0
Bahia	0	0	1	0	0	1	0	0
Paraíba	1	0	0	0	0	0	0	0
Espírito Santo	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Catarina	0	0	1	0	0	0	0	0
Total	11	1	21	1	6	6	2	0

Fonte: GGTSS/ANVISA 2006

O Estado de São Paulo concentra o maior número de hospitais acreditados, perfazendo 60%.

A TAB. 8 apresenta o número de hospitais acreditados por nível de certificação até agosto de 2007.

TABELA 8
Serviços hospitalares acreditados – agosto de 2007.

Certificação	Número
Acreditada	24
Acreditada Pleno	45
Acreditada com Excelência	15
Total de Organizações Acreditadas	84

Fonte: site www.ona.org.br, acesso em 04/09/07

2.2 Gestão hospitalar

A empresa hospitalar é um sistema complexo, visto que lida com o que há de mais importante, o ser humano – a vida, e também porque é constituída de pequenas empresas especializadas, requerendo técnicas administrativas eficazes.

Por um longo tempo a gestão hospitalar não foi tratada como gestão empresarial, mas como gestão médica. Atualmente este cenário tem-se alterado. O Código de Defesa do Consumidor, a Cartilha de Direitos do Paciente e a Política de Humanização, têm demonstrado que assistência de qualidade vai além da relação médico-paciente.

Fontineli (2002, cap. 1) aponta que a história da administração remonta aos anos de 384 a 322 a C, com Aristóteles, considerado o fundador da lógica e do estudo da organização do Estado.

A evolução histórica da administração hospitalar aponta para o cenário do início do século XX, no qual a pessoa considerada como a mais indicada para dirigir uma organização hospitalar era o religioso. Quando não estava a cargo do religioso, era confiada ao médico de renome da localidade, ao profissional amigo dos membros da junta diretora e com frequência, especialmente em países subdesenvolvidos, o diretor era imposto à comunidade. (MALAGÓN, 2003, cap. 1).

Os hospitais nasceram baseados na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo, o que tornou as decisões tipicamente empresariais uma dificuldade por vezes intransponível. (BITTAR, 2004, cap. 1).

A função do diretor hospitalar, após a Segunda Guerra Mundial, assumiu um caráter mais formal, e em países desenvolvidos, foi sendo instituído o critério de competência profissional. Em meados do século XX, nos EUA, desenvolveu-se o conceito de preparação de recursos humanos especializados para a gestão hospitalar, sendo confiada às escolas de saúde pública. Posteriormente, a maioria dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos adotou este modelo de gerência hospitalar, aplicado às circunstâncias locais e com as políticas de cada governo. (MALAGÓN, 2003, cap. 1).

Os gestores hospitalares até o ano de 1930 eram constituídos por enfermeiras religiosas e pessoas de outras formações. As instituições eram administradas por intuição e bom-senso. O primeiro curso para administradores hospitalares foi criado em 1934 por Michael M. Davis, da Universidade de Chicago, nos Estados Unidos. No Brasil, o primeiro curso surgiu em 1946 no Rio de Janeiro, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Theóphilo de Almeida, mineiro de Pará de Minas, foi seu fundador.

A futurologia na área da saúde está relacionada à percepção das tendências governamentais, legais, tecnológicas e às pesquisas científicas, principalmente as que relacionam modernização tecnológica com demandas de novos investimentos. As organizações necessitam de um planejamento para que atinjam seus objetivos, redirecionem suas ações e continuem sobrevivendo no mercado. (PEDROSA, 2004).

O planejamento está relacionado às decisões presentes que implicarão no futuro da organização. É um dos instrumentos da gestão hospitalar, que possibilita agir pró-ativamente e redirecionar as ações. (PEDROSA, 2004).

O planejamento pode ser definido como um “conjunto de atividades que visam a obtenção dos objetivos desejados”. É um processo gerencial que possibilita estabelecer um direcionamento a ser seguido pela empresa, através da formulação de objetivos para a seleção de programas de ação e para sua execução, levando em conta as condições internas e externas à empresa e sua evolução esperada. (MBA-OPSS, 2006).

A primeira fase do planejamento teve início na década de 50. As empresas baseavam-se na previsão de receitas, estimavam os gastos para a elaboração do planejamento financeiro. Era feito sob a ótica do sistema fechado e sua ênfase recaía no controle dos gastos orçamentários. No Brasil, esse tipo de planejamento foi mais difundido no setor público, antecedendo o setor privado. A Lei-Federal 4320/64 estabeleceu as bases para o chamado orçamento-programa. (TAVARES-1991, cap 1).

No início dos anos 60, ocorreu a prática do Planejamento de Longo Prazo que se baseava no princípio de que o futuro pode ser melhorado por intervenção ativa no presente. (TAVARES, 1991, cap. 1).

A década de 70 correspondeu a fase do Planejamento Estratégico, com a incorporação dos conceitos de unidades estratégicas de negócios (UENs), a curva de experiência e a matriz de crescimento e participação no mercado. (TAVARES, 1991, cap. 1).

Segundo Tachizawa (2006, cap. 1), o conceito recente de empresa é uma sociedade que deve garantir a satisfação dos que nela trabalham e compartilhar um conjunto de valores para orientação ao alcance dos objetivos econômicos. Os objetivos de outras áreas somente serão válidos se convergirem e apoiarem os objetivos econômicos. A empresa é, segundo o autor, um conjunto integrado e interdependente de unidades (sistemas ou funções), de forma, tamanho e finalidades diferentes. A empresa neste contexto, deve ser visualizada como um conjunto de partes em constante interação, isto é um sistema.

Malagón (2003, cap. 1), afirma que o modelo de gestão da saúde mais adequado à realidade dos tempos atuais é o da direção hospitalar com critérios gerenciais rigorosos e dentro de parâmetros de qualidade. No campo da atenção à saúde, impõe-se, de maneira absoluta, o conceito de que qualidade não tem gradientes, ou seja, existe ou não existe, não havendo meio termo. A opção aceitável no hospital moderno é adotar como política permanente a melhoria contínua e o aprimoramento dos serviços.

2.3 Qualidade em saúde

A Qualidade pode representar importante contribuição para a existência, concretude e historicidade do setor saúde. A historicidade deve ser entendida como o recurso metodológico de investigação, que se reporta ao passado para auxiliar na compreensão do presente e do futuro. (BONATO, 2003).

A preocupação com qualidade vem desde Hipócrates, mas no século XX, na área da saúde, surge nos Estados Unidos da América de forma renovada a partir do Relatório Flexner. Este documento causou uma radical transformação no sistema de saúde americano, inclusive com o fechamento de hospitais. (BITTAR, 2004, cap.1).

A sistematização dos primeiros modelos voltados à gestão da qualidade da assistência médica e hospitalar iniciou-se com o cirurgião norte-americano Ernest Armory Codman. Entre 1913 e 1918, publicou os primeiros trabalhos sobre a necessidade e importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções médicas e os resultados finais das ações de saúde. Propugnou a utilização dos conceitos da Teoria da Administração Científica (Taylorismo) ao modo de gerir, administrar e classificar os hospitais, bem como avaliar e controlar a prestação dos serviços e os resultados da atenção. De sua ação precursora surgiu o modelo de Acreditação Hospitalar nos EUA, gerido pela Comissão Conjunta para Acreditação de Hospitais e Organizações de Saúde. (BONATO, 2003).

Nas décadas de 80 e 90 o conceito de Qualidade passou a ser difundido, fazendo com que as organizações aderissem a Sistemas da Qualidade e buscassem a competitividade pela eficiência e eficácia dos processos. Ocorreram mudanças na gestão das organizações, sendo focada a reestruturação organizacional, a visão sistêmica dos processos com tendência à valorização dos talentos humanos. (BONATO, 2003).

Essa difusão da Qualidade trouxe influência para o setor saúde. Existem diversas formas de trabalhar conceitos de qualidade no hospital, como os programas 5S (utilidade, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina), o PDCA (ciclo constituído de quatro fases - planejar, executar, verificar e atuar - que trata do gerenciamento pelas diretrizes) o desenvolvimento de ciclos de melhoria, a determinação de metas e a utilização de indicadores. (BITTAR, 2001). Nada disto se faz sem técnica e sem conceitos de administração. A frágil cultura quanto à utilização de tecnologias baseadas na documentação e registros (elaboração de atas, regimentos, protocolos, procedimentos), bem como aspectos ligados à comunicação, assertividade, retorno das informações (administrativas, técnicas, de saúde e mesmo sociais), além do domínio sobre a administração do tempo, dificultam demasiadamente a implantação destes programas. (BITTAR, 2004, cap.1).

2.3.1 Acreditação

A palavra acreditação inexistente na língua portuguesa. São encontrados os termos *acreditado* (particípio de acreditar; que tem crédito; que merece ou inspira confiança; autorizado ou reconhecido por uma potência junto a outra) e *acreditar* (dar crédito a; crer; ter como verdadeiro; dar ou estabelecer crédito a; afiançar; conceder reputação a; tornar digno de crédito; confiança; abonar; conferir poderes a alguém para representar uma nação perante um país estrangeiro). (FERREIRA, 1999).

O MBA-OPSH (2004) define acreditação como:

Um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais uma forma de fiscalização.

2.3.1.1 A acreditação no mundo

A acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos, por volta de 1910, através de iniciativas da corporação médica e, aos poucos, foi estendendo-se para outros países. (ANTUNES, 2004, capítulo 12).

Ernest Armory Codman, de Boston, como já relatado anteriormente, apresentou em 1913 uma dissertação à Sociedade Médica de Filadélfia com o título “O produto dos hospitais”, destinada a estimular a reflexão e o debate em torno da padronização dos processos de trabalho hospitalares, buscando o aumento da qualidade de seus serviços. (KLUCK & PROMPT, 2004, cap. 4).

Na formulação dos padrões para avaliação dos serviços de saúde estabeleceu, como um de seus objetivos, o propósito a ser atingido de aperfeiçoamento da qualidade no cuidado dos pacientes cirúrgicos e o estabelecimento de padrões para os hospitais. (DONAHUE, et alii 2000, p.6).

A sua proposta “Sistema de Resultados Finais”, traduziu-se em um sistema de gerenciamento de resultados. Codman liderou a criação do Programa de Padronização de Hospitais (PPH) em 1918 que incluía recomendações para a equipe médica organizada e qualificada; para o gerenciamento de informações apoiando a prestação de cuidados ao paciente; e avaliações periódicas dos profissionais para promover o seu aperfeiçoamento. (DONAHUE et alii, 2000, cap. 1).

O Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) deu continuidade ao programa de padronização de hospitais, desenvolvido por Codman, criando em 1919 cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares. O “Padrão Mínimo” foi o precursor do processo de acreditação nos Estados Unidos. Apresentava requisitos de que os médicos dos hospitais estivessem organizados em grupos; médicos e cirurgiões com certificados e licenças reconhecidas, caráter e atitude ética; corpo médico com reuniões mensais programadas para revisão dos registros médicos e análise dos serviços prestados por eles; registros médicos para todos os pacientes e disponibilidade de instalações de diagnóstico e terapêutica. (QUINTO NETO & GASTAL, 1997, cap. 2).

Em 1951, Arthur W. Allen então, presidente do CAC, estrategicamente, negociou a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO), que passou a contar com a participação do Colégio Americano de Clínicos, Associação Americana de Hospitais, Associação Médica Americana e *Canadian Medical Association*. Esta última associação se desligou da JCAHO em 1959, criando a sua própria organização de acreditação hospitalar. Oficialmente em 1952 o ACS transferiu o PPH para a JCAHO, que no ano seguinte publicou o primeiro Manual para Acreditação de Hospitais [*Standards for Hospital Accreditation*], passando desde então a acreditar hospitais nos EUA. (RODRIGUES, 2004).

O país pioneiro na implementação da acreditação foi os EUA, seguido de perto pelo Canadá e Austrália.

A acreditação só chegou à Europa na década de 80 na Catalunha, em 1981, e seu desdobramento culminou na criação da *Fundación Avedis Donabedian* (FAD), em 1989 na Espanha. Fundação sem fins lucrativos e com a missão de promover a qualidade do atendimento das organizações de saúde. Só no final da década de 80 é que a metodologia chega à Inglaterra e na França durante os anos 90. (FORTES, 2007).

Em 1991, há o lançamento da primeira versão do Manual de Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe de H.M.Novaes e J.M. Paganini, publicado pela Federação Brasileira de Hospitais, Federação Latino-americana de Hospitais e Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. Diversos países, entre estes o Brasil, desenvolveram seus programas próprios de acreditação hospitalar baseados no modelo inicial proposto pela OPAS. (KLUCK & PROMPT, 2004, cap. 4).

2.3.1.1.1 Impacto da acreditação sobre a qualidade dos hospitais em todo o mundo

A adoção dos programas de qualidade no setor saúde está fortemente relacionada ao crescimento dos custos da assistência hospitalar, quando comparados ao gasto total em saúde. Nos últimos anos a agenda mundial de reforma do setor saúde adotou um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência à saúde dentro de uma política de atenção administrada. Neste sentido, os governos de vários países estimularam, dentre outras medidas, a concorrência entre os hospitais, com limitação do pagamento total das faturas e o encorajamento de melhor gerenciamento das organizações de saúde através de programas de qualidade, com o fim de limitar procedimentos e acesso a subgrupos populacionais mais susceptíveis, e, por fim, a desviar alguns custos para os usuários. (GURGEL JÚNIOR et alii, 2002).

A experiência do Programa Nacional de Demonstração de Melhoria da Qualidade, nos EUA, aponta para a hipótese de que a aplicação de Programas de Qualidade nos hospitais leva diretamente a maior eficiência com redução de custos, atitude fundamental para a sobrevivência de muitas organizações de saúde, e estimuladora para a competitividade futura destas organizações. A aplicação de programas de qualidade sob a ótica da eficiência de mercado, entretanto, tem focalizado apenas aspectos instrumentais e analisa de forma reduzida o ambiente institucional das organizações, sobretudo, no setor público. As medidas intra-organizacionais dos programas de qualidade têm tido baixo impacto sobre os custos do setor saúde, o que determina um alcance limitado dos programas neste sentido, quando não se

observa o modelo de atenção como um todo. A superação destes problemas exige abordagem mais complexa em termos de política de saúde. (GURGEL JÚNIOR et alii, 2002).

A acreditação foi criada como um instrumento de avaliação dos riscos ocorridos em ambientes hospitalares com o intuito de proteger o profissional que atua nestas unidades, muitas vezes em situações precárias. Os resultados da primeira avaliação dos hospitais feita, nos EUA, foram queimados porque o Colégio Americano de Cirurgiões os considerou lastimáveis e não os quis divulgar à sociedade, que poderia se horrorizar e entrar em pânico com a situação da prestação da assistência hospitalar naquele momento. (FORTES, 2007).

A OMS referendou a *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), para a promoção de encontros internacionais, principalmente por intermédio do Dr. Charles Shaw, para discussões sobre a metodologia de estudo e implementação da qualidade em sistemas de saúde. (FORTES, 2007).

A ISQua trabalha para fornecer um guia de serviços aos profissionais de saúde, aos auditores, às agências, aos formuladores de política e aos consumidores para atingir excelência no cuidado à saúde, por meio da melhoria contínua da qualidade e da segurança dos processos de trabalho. (RODRIGUES, 2004).

Charles Shaw participou de várias iniciativas na Europa, em prol da acreditação. Publicou artigos nos quais deu ênfase à acreditação ao compará-la com outras metodologias, sem, entretanto, comprovar verdadeiramente sua eficácia. Alguns artigos evidenciaram a possibilidade de substituição da acreditação por outra metodologia, com possibilidades reais de bons resultados. Shaw salientou a acreditação como um mecanismo de exposição da situação da qualidade, nos contextos dos processos de atenção à saúde. (FORTES, 2007).

São diversos os incentivos, modos de aderir, e resultados da acreditação. A acreditação francesa é um paradoxo no qual o processo de natureza voluntária, é obrigatório. Na Catalunha, o início do processo de acreditação gerou sanções pesadas ao sistema de saúde da região que se desdobraram no fechamento de unidades de saúde. (FORTES, 2007).

Em Portugal, o Programa Nacional de Acreditação é regulado pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) criado pela portaria ministerial nº 288 de 27 de abril de 1999. O IQS considera que a Acreditação volta-se para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos cidadãos, com a melhoria do desempenho da organização, da sua capacidade de gestão e de inovação. Contudo, destaca que a Acreditação não pode ser por si só o único objetivo a ser alcançado por um hospital, pois para eles não significa ter atingido um elevado nível de qualidade, mas apenas um nível satisfatório.

Por se tratar de um programa de melhoria contínua da qualidade organizacional das instituições hospitalares, com um importante enfoque nos componentes de estrutura e de processo, o IQS sentiu necessidade de medir o grau de satisfação dos pacientes e dos profissionais, no início do processo de acreditação para comparar com a satisfação após algum tempo de implementação do programa. Buscou também medir o impacto do processo de acreditação na cultura do hospital por meio da aplicação de um questionário (IMPACRED, não disponibilizado para consulta) especialmente desenhado para este processo. Não se encontraram informações publicadas, entretanto, sobre o resultado desta pesquisa. (RODRIGUES, 2004).

Fortes (2007), apresenta que os contextos reais de saúde cujas modificações efetuadas, mesmo quando advindas das propostas públicas de acreditação, eram necessariamente produto de objetivos anteriormente estabelecidos. A acreditação operou algumas mudanças nos sistemas de saúde, porém, o cálculo cujo objetivo seria a transformação dos sistemas, não aparece.

2.3.1.2 Acreditação no Brasil

Em 1941, o então Ministério da Educação e Saúde cria a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) vinculada ao Departamento Nacional de Saúde, com o objetivo de coordenar, cooperar e orientar, em todos os níveis, estudos e soluções de problemas relacionados à atenção aos doentes, deficientes físicos e desamparados, além de estabelecer normas e padrões para instalação, organização e funcionamento de instituições assistenciais de saúde, incentivando o desenvolvimento e a melhoria de instituições e serviços assistenciais. (RODRIGUES, 2004).

Em 1952 estabelecem-se os primeiros padrões para classificação de hospitais. Os padrões classificavam os hospitais em quatro classes (A, B, C e D), com requisitos específicos e exigências decrescentes. (RODRIGUES, 2004).

Alguns dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), antes da unificação em 1966, instituem “padrões” a serem cumpridos pelas instituições de saúde que desejassem prestar serviços a seus beneficiários, conforme apresenta o QUADRO 1. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966, coincidiu com o aumento do número de hospitais que prestam serviços aos beneficiários dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, o que motivou em 1968 o estabelecimento de nova classificação hospitalar, a Tabela de

Classificação de Hospitais publicada pelo Departamento Nacional de Previdência Social. (RODRIGUES, 2004).

QUADRO 1

Instrumentos de avaliação dos institutos de aposentadoria e pensões (IAP) – Brasil – 1961-1962

Ano	Instituto	Instrumento	Características (principais)
1961	Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais – IAPC	Credenciamento de Hospitais para Convênio com o IAPC	Disponha 03 tópicos genéricos relacionados à planta, equipamentos e organização.
Conclusão Quadro 1			
Ano	Instituto	Instrumento	Características (principais)
1962	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários – IAPI	Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais para Prestação de Assistência Cirúrgica aos Beneficiários do IAPI	Disponha 25 itens para os hospitais que desejassem prestar assistência cirúrgica a seus beneficiados

Fonte: SCHIESARI, 1999.

A necessidade de desenvolver documentos e instrumentos que dessem conta da avaliação e classificação dos hospitais, a partir da década de 60 exigiu a padronização de critérios de avaliação e a sistematização das informações coletadas na época. O Relatório de Classificação Hospitalar conhecido como RECLAR, criado em 1974 é o documento que guarda maior relação com os processos de avaliação de serviços de saúde atuais. (RODRIGUES, 2004).

Segundo Rodrigues (2004), a avaliação era feita pela aplicação do RECLAR, que constava de exigências e parâmetros instituídos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, com a finalidade de pagamento das internações hospitalares de acordo com a classe onde o hospital se enquadrava. A avaliação proposta pelo RECLAR objetivava habilitar o hospital a oferecer leitos ou serviços ao INAMPS, e a classificá-lo a uma unidade de referência para pagamento do leito ou serviço a ser contratado. Esta metodologia, embora considerasse como principal objetivo determinar a qualidade, ainda era

incipiente à obtenção deste pressuposto. A preocupação dos hospitais era ser credenciado pelo INAMPS, uma vez que se tinha garantido a venda e remuneração dos serviços.

Devido a esta nova posição do hospital na rede assistencial e aos movimentos gerenciais voltados para a qualidade, observou-se a necessidade e importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados à avaliação de serviços oferecidos à população. (RODRIGUES, 2004).

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 196, define a saúde como direito de todos e dever do Estado, e garante acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No artigo 198 definiu-se que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, os hospitais deixam de ser o centro do modelo assistencial, e passam a fazer parte de uma rede progressiva e integral de atenção à saúde, sob gestão estadual ou municipal. (RODRIGUES, 2004).

Na década de 90 começam a surgir iniciativas voltadas para a busca e melhoria da qualidade da gestão, da assistência e da atenção à saúde. O Banco Mundial em 1994 publicou o relatório no qual o quarto capítulo intitula-se “O componente esquecido: qualidade do cuidado”(Word Bank – 1994). O relatório faz menção às iniciativas de avaliação e garantia da qualidade no Brasil. Foram acompanhados no país alguns hospitais que implementavam regularmente atividades de avaliação da qualidade. As atividades foram classificadas como, auditorias médicas, controle da qualidade do corpo médico, revisão e utilização de serviços, sistemas de eventos sentinela e controle farmacêutico.

O Banco Mundial examinou ainda atividades de regulação ligadas a qualidade, relatando iniciativas quanto às normas do M.S. para licenciamento de serviços de saúde; acreditação hospitalar de unidades que contavam com financiamento público; modalidades de financiamento de acreditação para serviços privados; normas do M.S. para infecção hospitalar; licenças para faculdades na área da saúde; licença para prática funcional, das áreas de medicina, farmácia, enfermagem, etc, e normas e padrões de práticas estabelecidas pelas sociedades e conselhos médicos. (NORONHA et alii, 2000).

Em 1995, é criado no Ministério da Saúde o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade nos Serviços de Saúde. São esboçados os primeiros movimentos para criação de um Manual de Acreditação de abrangência nacional. Neste período surgiram nos Estados do Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo entidades para o desenvolvimento de pesquisas e implementação de medidas sobre o processo de acreditação. Passados dois anos, o M.S. propôs a criação de organização não governamental com a responsabilidade de

implementar nacionalmente o processo de acreditação o que se concretiza em 1999. (RODRIGUES, 2004).

O Ministério da Saúde a partir das experiências regionais obtidas em 1997, iniciou o projeto de Acreditação Hospitalar buscando parcerias com os grupos que já vinham trabalhando com a acreditação. O objetivo era consolidar as experiências numa metodologia única, para o início da implementação de um programa nacional de Acreditação Hospitalar. (RODRIGUES, 2004).

O documento de 1997, o Ano da Saúde no Brasil intitulado: Ações e Metas Prioritárias, lançado pelo MS, apresentou as diretrizes políticas para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS e para o desenvolvimento social do país. O documento expressou o propósito de utilização de indicadores das ações e programas de saúde, com o estabelecimento de metas. A ênfase na qualidade dos serviços de saúde foi ressaltada pelo estabelecimento de um certificado de qualidade hospitalar, conferido através de critérios e avaliação da qualidade prestada aos clientes.

Em 1999, é aplicada como piloto, a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação reunindo quatro equipes compostas por representantes das entidades acreditadoras e do Ministério da Saúde. O teste de campo contou com a valiosa colaboração de 17 hospitais de diversos portes, distribuídos em todas as regiões do Brasil. A partir destes testes elaborou-se a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais. (KLUCK & PROMPT, 2004, cap. 4).

Para desenvolver o processo de acreditação no Brasil, foi criada em 2000 a ONA, uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo.

A primeira Organização Prestadora de Serviços Hospitalares com a qualificação de Acreditada pela metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação é certificada em 2001. Neste ano a ONA é reconhecida pelo Ministério da Saúde como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil, (Portaria 538/GM, M. S. 2001) e é aprovado a 3ª Edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (Portaria 1970/GM. MS-2001).

No ano seguinte, a ANVISA reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil e é firmado um convênio entre as partes (Resolução RE No 921- MS-2002).

Em 2005 é publicada pela ANVISA a Resolução que aprova o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - MAOPSH, versão 2006/2008. (RDC nº 11 de 26/01/2004).

2.3.1.2.1 A implantação do programa de acreditação no hospital

O processo de implantação do Programa de Acreditação nas organizações hospitalares requer a estruturação de três macro-ações: gestão da segurança, organização de processos e gestão dos resultados. Estas ações, embora tenham identidade definidas, são indissociáveis, mantendo uma relação de interdependência.

A acreditação consiste num método de avaliação dos recursos institucionais, periódico, voluntário e reservado. Através de padrões previamente definidos, estabelecidos nos Manuais de Acreditação ONA, tem por finalidade, estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua de qualidade nas organizações prestadoras de serviços de saúde. (MBA-OPSS,2006).

Ao contrário dos processos tradicionais de avaliação, possui uma forte abordagem educativa, baseada na reflexão da prática profissional, que leva à elaboração de padrões de excelência de desempenho. Por ser um processo, sobretudo reflexivo, sempre revela novas maneiras de perceber e atuar sobre problemas da instituição. (ROONEY & OSTENBER, 1999).

Rodrigues (2004) considera que a Organização Prestadora de Serviços de Saúde em conformidade com os padrões da acreditação determina assistência de boa qualidade.

A ONA tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País. (Portaria GM/MS, nº 538, 2001).

Segundo Rooney & Ostenber (1999), os principais objetivos da acreditação são:

- Melhorar a qualidade dos cuidados da saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao se alcançar os padrões para organizações de saúde;
- Estimular e melhorar a integração e o gerenciamento dos serviços de saúde;

- Estabelecer um banco de dados comparativos de instituições de saúde destinadas a atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;
- Reduzir os custos dos cuidados da saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;
- Oferecer educação e consultoria a instituições de saúde, gerentes e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria de qualidade e “melhores práticas” na área da saúde;
- Fortalecer a confiança do público na qualidade dos cuidados à saúde; e
- Reduzir os riscos associados a lesões e infecções em pacientes e membros do quadro de pessoal.

2.3.1.2.2 O processo de acreditação

O processo de avaliação para a certificação do sistema de gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde é realizado pelas Instituições Acreditoras - IAC. Estas instituições são de direito privado, com ou sem fins lucrativos, credenciadas pela ONA. São responsáveis por verificar a conformidade dos requisitos estabelecidos pelos Manuais de Acreditação. É facultativa às IAC's (QUADRO 2) atividades de capacitação, treinamento e diagnóstico para a acreditação. (MOPSH, 2001).

QUADRO 2

Instituições acreditadoras credenciadas pela ONA – Brasil – 2007

Instituição Acreditadora
BSI – British Standards Institution
DICQ - Sistema Nacional de Acreditação Ltda
DNV – Det Norske Veritas
GLCSA- Germanischer Loyd Certification South America
FCAV – Fundação Carlos Alberto Vansolini;
IAHCS – Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde;
ICQ Brasil
IQG – Instituto Qualisa de Gestão
IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
TÜV Rheinland do Brasil Ltda

Fonte: www.ona.org.br acesso 05/09/07.

A avaliação de hospitais é feita por uma equipe de avaliadores formada por médico, enfermeiro e profissional com perfil administrativo, contando com um avaliador-líder, responsável perante a Instituição Acreditadora por todas as fases do processo de avaliação.

2.3.1.2.3 O Manual Brasileiro de Acreditação

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar passou a ser parte constituinte do Manual da ONA, através da Portaria GM nº 1970 de 25 outubro de 2001. Em 2006 foi lançada a quinta edição do manual, com publicação de manuais específicos por áreas e um geral englobando-as. A partir desta edição, o Manual passa a considerar o nível três por seção e não mais inserido em cada sub-seção, reforçando a lógica sistêmica e de causa e efeito entre as áreas.

O instrumento utilizado para o Programa de Acreditação em hospitais é o Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - MBA-OPSH. No QUADRO 3 estão listadas as Seções e Subseções do Manual, versão 2006.

QUADRO 3

MBA-OPSH/ versão 2006 – Brasil

Seção	Subseções	Seção	Subseções
Liderança e Administração	Direção e Liderança Gestão de Pessoas Gestão Administrativa e Financeira Gestão de Materiais e Suprimentos Gestão da Qualidade	Diagnóstico	Processos Pré-Analíticos Processos Analíticos Processos Pós-Analíticos
Infra-Estrutura	Gestão de Projetos Físicos Gestão da Estrutura Físico-Funcional Gestão da Manutenção Predial	Apoio Técnico	Sistema de Informação do Cliente/ Paciente Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos Segurança e Saúde Ocupacional
Atenção ao Paciente Cliente	Atendimento ao Cliente Internação Transferência, Referência e Contra-Referência Assistência Farmacêutica Assistência Nutricional	Abastecimento e Apoio Logístico	Processamento de Roupas – Lavanderia Processamento de Materiais e Esterilização Qualidade da Água Materiais e Suprimentos Higiene Gestão da Segurança Gestão de Resíduos
Organização Profissional	Corpo Clínico Enfermagem Corpo Técnico-Profissional	Ensino e Pesquisa	Educação Continuada

Fonte: MBA-OPSS /ONA– 2006/2008

O MBA-OPSH (2006) define e descreve os padrões de qualidade para os diversos setores ou áreas de um hospital. Os padrões foram elaborados com base na existência de três níveis crescentes de complexidade. Para obter o reconhecimento externo e formal da qualidade da assistência que presta aos clientes, a organização deve atender plenamente aos padrões de cada nível.

O Manual divide-se em seção e subseção. Nas seções estão agrupados os serviços, setores ou unidades com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si. O princípio adotado é o da lógica sistêmica, com a existência de interação entre as seções.

Ao final do processo de avaliação a organização hospitalar é acreditada no nível correspondente aos requisitos máximos atendidos pelo conjunto das áreas que a compõem. Também são avaliados os serviços terceirizados que contribui de forma relevante com os processos organizacionais, principalmente os que envolvem segurança do paciente.

A partir da versão 2006, foi criado o MBA-OPSS, que também pode ser utilizado para a preparação e avaliação de hospitais. O manual congrega todos os serviços de saúde, entretanto devem ser excluídas as subseções não aplicáveis.

Os grandes avanços do instrumento de avaliação de serviços hospitalares em relação aos seus antecessores e mesmo a outros modelos disponíveis no Brasil, são Pedrosa (2004):

- Conteúdo adaptado para a realidade brasileira, seguindo a legislação nacional vigente. Os instrumentos de avaliação são flexíveis para serem progressivamente modificados levando em consideração as grandes diferenças regionais e os diferentes graus de complexidade das instituições;
- Entidades fundadoras e colaboradoras são representativas das sociedades civis e governamentais, portanto, com grande aceitação por todos os envolvidos;
- O instrumento é submetido à consulta pública antes de sua efetivação o que permite discussão ampla de diversos segmentos da sociedade;
- É aplicável a qualquer modelo de organização hospitalar (pública ou privada);
- Além da estrutura física, dá grande ênfase aos processos e aos resultados obtidos, baseado no modelo de gestão da qualidade por processos e seu monitoramento através de indicadores assistenciais e gerenciais, e sua correlação com a estratégia organizacional;
- Foco voltado para a melhoria contínua de resultados em todas as perspectivas, garantindo a sustentabilidade institucional.

2.3.1.2.4 Segurança (Estrutura)

O nível 1 da acreditação corresponde ao princípio da segurança e estrutura, com padrões e itens de orientação específicos (QUADRO 4).

QUADRO 4

Padrões e itens de orientação para a acreditação no nível 1

Nível 1: acreditado	
Padrão	Itens de Orientação
<ul style="list-style-type: none"> • Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; • Identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade técnica conforme legislação; • Corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço; • Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo); • Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, de infecções e biossegurança.

Fonte: MBA-OPSS /ONA– 2006/2008

No MBA-OPSS (2006), risco está classificado como a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde está inserido.

Segundo a Anvisa, o risco em serviços de saúde é atribuível a estrutura, processos de trabalho, produtos e tecnologia em saúde. (GGTSS/ANVISA, 2006).

Vários estudos americanos apontam que eventos adversos nas hospitalizações estão entre 2,9% a 3,7% e que destes eventos, 6,6% a 13,6% determinam a morte dos pacientes. Estima-se a partir desses dados que 44 a 98 mil americanos morrem ao ano devido aos efeitos adversos da hospitalização, o que constitui-se na sétima causa de morte devido a erros médicos. Estes números ficam acima das mortes por acidentes com veículos (43.458 mortes/ano), câncer de mama (42.297 mortes/ano) e AIDS (16.516 mortes/ano). (KOHN et alii, 2000, cap. 2).

Segundo Kohn et alii (2000, cap. 1), o erro depende de dois tipos de falhas, de execução - quando a ação correta não é realizada como pretendida e de planejamento - a ação planejada não é a correta.

Evento adverso está classificado no MBA-OPSS (2006), como complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos.

A assistência à saúde é por princípio uma atividade de risco, por isto, as organizações hospitalares, ao fazerem a gestão da segurança do ambiente hospitalar, estão aprimorando e ampliando a qualidade de seus serviços.

Entende-se por gerenciamento de risco a ação de orientação político-administrativa, é o processo de ponderar as alternativas de políticas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação de risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide o que fazer com risco avaliado e se ele pode ser aceitável (MBA-OPSS, 2006).

O MBA-OPSS (2006) apresenta como um dos itens de orientação, que a gestão da segurança envolva a identificação, o gerenciamento e o controle dos riscos sanitários, ambientais, ocupacionais, responsabilidade civil, infecções hospitalares, biossegurança e eventos adversos. O hospital é distinguido com a condição de organização Acreditada quando cumpre integralmente os requisitos de nível 1.

2.3.1.2.5 Organização (Processos)

O nível 2 da acreditação corresponde ao princípio da organização (processos), com os padrões e itens de orientação específicos (QUADRO 5).

QUADRO 5

Padrões e itens de orientação para a acreditação no nível 2

Nível 2: acreditado pleno	
Padrão	Itens de Orientação
<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; • Estabelece sistemática de medição e avaliação de processos; • Possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação, definição, padronização e documentação dos processos; • Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; • Estabelecimento dos procedimentos; • Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada; • Definição de indicadores para os processos identificados; • Medição e avaliação dos resultados dos processos; programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos; • Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

Fonte: MBA-OPSS /ONA– 2006/2008

As organizações hospitalares realizam processos assistenciais, de apoio à assistência, estratégicos /sistêmicos e acadêmicos, no caso de hospitais de ensino.

Processo é definido como o “conjunto de atividades interrelacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Os insumos (entradas) para um processo são geralmente produtos (saídas) de outro processo. Além-se fundamentalmente à realização e ao fazer dos médicos e profissionais de saúde, do ponto de vista técnico, na condução dos cuidados, do diagnóstico, da terapia e quanto a sua interação com os pacientes (elaboração dos registros clínicos, diagnóstico, tratamento, evolução e transferência dos clientes)”. (MBA- OPSS, 2006).

Segundo Tachizawa & Scaico (2006, cap. 5), metodologicamente são sete etapas para a padronização dos processos, QUADRO 6.

QUADRO 6

Etapas para a padronização dos processos organizacionais

ETAPA	O QUE FAZER
1	Identificar os processos chave da organização. Não tem correspondência com a estrutura organizacional;
2	Estabelecer por processo e de forma completa, fornecedores, insumos, atividades (tarefas), produtos e clientes;
3	Elaborar e analisar matriz de responsabilidades do processo, com desdobramentos sobre as atividades e setores envolvidos;
4	Definir a estruturação de indicadores das atividades prioritárias
Conclusão Quadro 6	
5	Definir o “como fazer”, elaborando procedimentos operacionais padrão;
6	Efetivar a implantação dos processos padronizados, desenvolvendo programas de treinamento em serviço;
7	Monitorar e acompanhar a operacionalização do processo por meio de auditoria.

Fonte: TACHIZAWA & SCAICO (2006-p. 97,98).

A organização dos processos e suas interações, definida no padrão de nível 2 do Manual de Acreditação das OPSS indica que os hospitais devam conhecer e efetivamente gerenciar seus processos e interações, identificando e monitorando seus desempenhos. Para a melhoria do desempenho e conseqüentemente dos serviços prestados aos clientes/pacientes é proposta a adoção de um programa de capacitação e treinamento continuado.

O hospital é distinguido com a condição de organização Acreditada Plena quando cumpre integralmente os requisitos de nível 1 e 2.

2.3.1.2.6 Excelência na gestão (Resultados)

O nível 3 da acreditação corresponde ao princípio da excelência na gestão (resultados), com os padrões e itens de orientação específicos (QUADRO 7).

QUADRO 7

Padrões e itens de orientação para a acreditação no nível 3

Nível 3: acreditado com excelência	
Padrão	Itens de Orientação
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; • Dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; • Apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade); • Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes; • Estabelecimento de relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; • Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos; • Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; • Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos; • Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

Fonte: MBA-OPSS /ONA– 2006/2008.

De acordo com os padrões e itens de orientação do MBA-OPSS (2006), o nível 3 orienta para a gestão estratégica da organização. Os requisitos direcionam para o planejamento estratégico, com definição de objetivos alinhados às perspectivas organizacionais, metas, planos de ação e indicadores que permitam acompanhar e verificar o seu cumprimento.

Objetivos estratégicos contemplam perspectivas que contribuem para a realização da visão de futuro da organização. Para que os objetivos estratégicos da organização sejam alcançados, são desdobrados em objetivos operacionais. O desdobramento comunica a cada setor o que ele deve alcançar, construindo uma cadeia de causalidade entre os objetivos estratégicos e operacionais.

A medição organizacional, associada à análise crítica, possibilita a implantação de ações com impacto sobre os resultados da organização e são comparados através de referenciais externos pertinentes.

O hospital é distinguido com a condição de organização Acreditada com Excelência.

Quando cumpre integralmente os requisitos de nível 1, 2 e 3.

2.3.1.2.7 A mensuração do desempenho das OPSS

O *Balanced Scorecard*-BSC originou-se de um projeto de pesquisa em 1990, que envolveu várias empresas, com o propósito de se buscar novas maneiras de medir o desempenho organizacional. O sustentáculo do BSC foi o estudo, denominado “*Measuring Performance in the Organization of the Future*”, (TAJRA, 2006, cap. 4) que recomendou às organizações a preservação dos indicadores financeiros de resultados e que fossem associados aos indicadores não-financeiros sob três perspectivas – clientes, processos internos e aprendizado e crescimento – sob a premissa de que representavam o suporte e apoio aos indicadores de tendências do futuro desempenho financeiro. Esse foi o sustentáculo do BSC. (KAPLAN & NORTON, 2004, VIII).

Kaplan & Norton (2004, cap. 1), afirma que o BSC é um sistema de medição de desempenho e oferece o modelo para a descrição de estratégias que criam valor, por intermédio da análise do:

- desempenho financeiro, indicador de resultado (*lag indicator*), que constitui o critério definitivo do sucesso da organização. A estratégia descreve como a organização pretende promover o crescimento de valor sustentável para os acionistas no setor privado e para a sociedade no caso das públicas ou sem fins lucrativos;
- sucesso com os clientes-alvo que representa o principal componente da melhora de desempenho financeiro. A perspectiva dos clientes, além de medir os indicadores de resultado como satisfação, retenção, crescimento e sucesso com a clientela, define a proposta de valor para segmentos de clientes-alvo. A escolha da proposição de valor para os clientes é o elemento central da estratégia;
- processo interno que cria e cumpre a proposição de valor para os clientes. O desempenho dos processos internos é um indicador de tendência de melhorias que trará impacto junto aos clientes e sobre os resultados financeiros;

- ativo intangível que define a fonte definitiva de criação de valor sustentável. Os objetivos de aprendizado e crescimento descrevem como pessoas, tecnologia e clima organizacional se conjugam para sustentar a estratégia. As melhorias nos resultados de aprendizado e crescimento são indicadores de tendência para os processos internos, clientes e desempenho financeiro;
- objetivo da interligação das quatro perspectivas numa cadeia de relações de causa e efeito. O desenvolvimento e alinhamento dos ativos intangíveis induzem à melhorias no desempenho dos processos, que por sua vez, impulsionam o sucesso para os clientes e acionistas.

O modelo das quatro perspectivas para a definição da estratégia de criação de valor da organização fornece às equipes executivas uma linguagem comum para a discussão da trajetória e das prioridades de seus empreendimentos. Estes indicadores são vistos como uma cadeia de causa e efeito entre os objetivos, nas quatro perspectivas. O mapa estratégico é a representação gráfica dessas conexões entre objetivos e perspectivas. (KAPLAN & NORTON, 2004, cap. 1). FIGURAS 2 e 3.

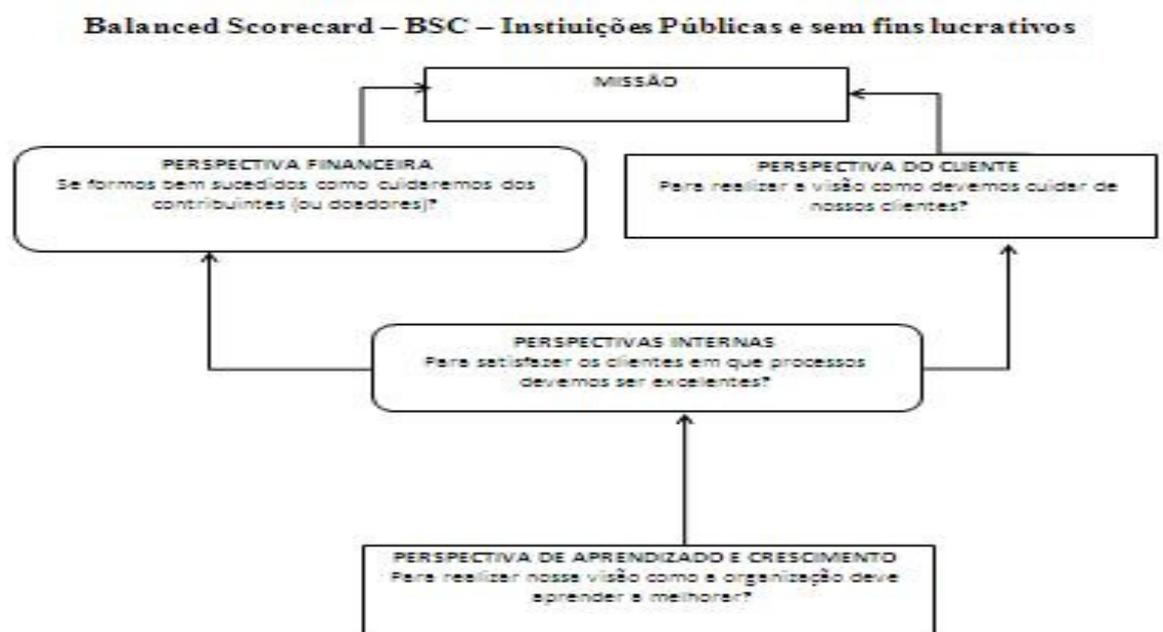


FIGURA 02 - Modelo de mapa estratégico – organização do setor público e entidades sem fins lucrativos
Fonte: KAPLAN, 2004, p.9.

Balanced Scorecard – BSC – Instituições Privadas

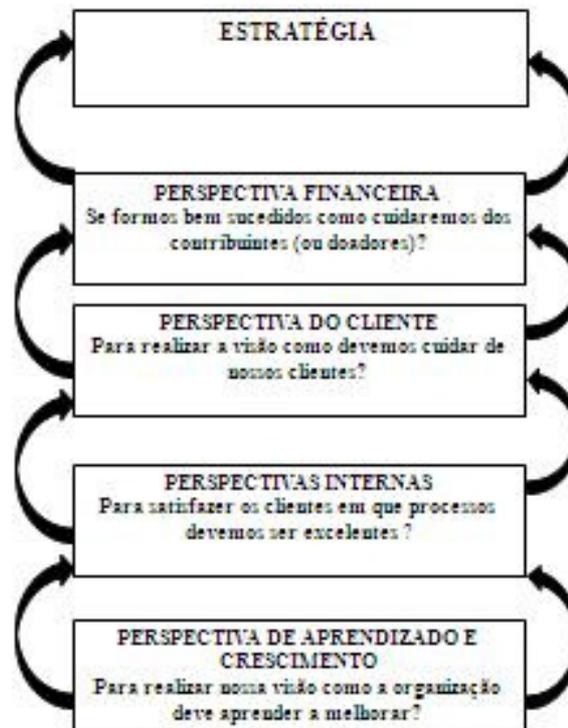


FIGURA 03- Modelo de mapa estratégico – organização privada
Fonte: KAPLAN, 2004, p.9.

Os melhores indicadores de desempenho são os que promovem o equilíbrio às operações da empresa e devem ser utilizados em toda a estrutura organizacional, interligando a estratégia do negócio aos processos operacionais. (OLIVA, 2004, cap.5).

O modelo do BSC pressupõe não apenas um conjunto de indicadores de desempenho, mas um sistema gerencial de medidas financeiras e não financeiras com enfoque no curto e longo prazo para todos os níveis da organização.

2.3.1.2.8 Ebtida

A empresa, ao adotar medidas de avaliação do desempenho, utiliza indicadores para identificar pontos frágeis e prejudiciais à eficiência e eficácia da mesma. O Ebtida que passou a ser adotado por volta de 1997, decorrente da desvalorização da moeda e da alta taxa de

juros. Este indicador possibilita demonstrar o desempenho operacional e reflete o potencial de geração de recursos decorrentes desta atividade. (VASCONCELOS, 2002).

O Ebtida (*Earning before interest, taxes, depreciation and amortization*) é um termo utilizado em balanços americanos e no Brasil é também conhecido por Lajida, (Lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização). O Ebtida não considera o chamado resultado financeiro, o custo de eventual capital tomado emprestado, despesas e receitas financeiras, os eventos extraordinários, os ganhos ou perdas não operacionais, as despesas com depreciação, amortização e exaustão. (VASCONCELOS, 2002).

As despesas financeiras não fazem parte do ciclo operacional do negócio (exceto para as instituições financeiras) e as receitas financeiras não possuem vínculo com a atividade principal e não são resultantes de operações rotineiras da empresa.

A depreciação, exaustão ou amortização são desconsideradas por não representarem desembolso (saídas de caixa) e significarem uma reintegração ao resultado de valores anteriormente desembolsados e o Imposto de Renda Pessoa Jurídica e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido são excluídos por serem influenciados por outros itens não operacionais. (VASCONCELOS, 2002).

O Ebtida informa o desempenho da empresa, apontando se os resultados operacionais apresentam condições para a cobertura das despesas financeiras e a margem de segurança necessária para o pagamento das mesmas.

Uma forma simplificada de cálculo do Ebtida pode ser descrita conforme abaixo (VASCONCELOS, 2002):

RECEITA DE VENDAS
 (-) Custo Produtos Vendidos
 = Lucro Bruto
 (-) Despesas Operacionais
 Com Vendas
 Gerais e Administrativas
 = EBTIDA ou LUCRO APURADO AJUSTADO
 (-) Depreciação/Amortização/Exaustão
 (-) Despesas Financeiras
 (+) Receitas Financeiras
 = Lucro antes do IR e CS
 (-) Provisão para IR e CS
 = LUCRO LIQUIDO

3 JUSTIFICATIVA

Os hospitais são empresas complexas e envolvem diversificadas atividades na promoção da saúde. (OLIVA – 2004, cap. 1).

Na área hospitalar os avanços tecnológicos ocorrem com rapidez levando à necessidade de mudança e adaptabilidade. Há exigência para que a prestação de serviços seja resolutive, com qualidade e baixo custo, impulsionando hospitais a adotarem estratégias de excelência hospitalar, sob o risco de não sobreviverem. (OLIVA – 2004, cap. 1).

Há muitos anos fala-se em melhorar a qualidade da assistência, porém a diferença é que a partir dos anos noventa há instrumentos mais adequados para ajudar neste propósito. Os pacientes e profissionais da saúde reconhecem que a atenção médica poderia ser melhor, e em consequência, muitos países propuseram iniciativas de reforma dos seus sistemas de saúde.

Entre os fatores que contribuíram para esta questão são identificadas:

- Maior conscientização dos pacientes, como usuários dos serviços de saúde;
- Maior atenção para a qualidade em todos os ramos da economia, ao reconhecer que esta é a chave para o êxito à longo prazo;
- A necessidade de controlar os custos da saúde. (GILMORE-1997, cap.1).

Rodrigues (2004), afirma que no Brasil, a busca pela qualidade torna-se valiosa se for considerada a situação precária de muitos serviços de saúde, decorrente de:

- Recursos insuficientes, utilizados de maneira inadequada;
- Inexistência ou escassa aplicação do planejamento estratégico;
- Falta de sistemas de informações confiáveis;
- Ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e centrados em resultados;
- Carência de indicadores de desempenho;
- Ausência de padrões de qualidade;
- Alto custo da baixa qualidade (desperdício, (re) trabalho entre outros);
- Inexistência de cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes.

Segundo Oliva & Borba (2004, cap. 1), cresce a demanda por instrumentos que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas tornem-se competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado.

O Programa Brasileiro de Acreditação surge como uma estratégia governamental para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas, a qualidade da gestão e da assistência

prestada, adotando medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. (MBAH, 2002).

Este estudo pretende avaliar as transformações ocorridas nas organizações acreditadas com excelência que adotaram esta estratégia.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Caracterizar e comparar ao longo do processo de implementação, o desempenho de uma amostra de hospitais brasileiros acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA considerando a data em que o processo foi iniciado no hospital e a data em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA e o ano de 2006.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar o custo e o investimento do processo de acreditação;
- Descrever o perfil institucional das organizações acreditadas.

5. HIPÓTESE

O processo de acreditação ONA determina nas organizações hospitalares melhoria de resultados.

6. MÉTODO

6.1 Desenho do estudo

Este é um estudo observacional descritivo, de uma amostra de conveniência, de uma tendência periódica de organizações hospitalares que implementaram os requisitos do Sistema Brasileiro de Acreditação em seus três níveis. A pesquisa é quantitativa e qualitativa com coleta de dados em formulários. Os responsáveis pelas informações foram especialistas em qualidade e ou gestão dos hospitais selecionados.

6.2 Método aplicado

Este estudo foi baseado em revisão bibliográfica e análise de questionários. A Acreditação implementada pela ONA, aplica-se a todas as organizações prestadoras de serviços de saúde. Considerando que esta pesquisa foca instituições hospitalares, será direcionada à Acreditação Hospitalar.

Foram utilizados os descritores: Acreditação, administração hospitalar/métodos, administração hospitalar/normas, benchmarking, indicadores de gestão e dissertações acadêmicas. Ao iniciar a pesquisa na base de dados científica BVS foram inseridas as palavras acreditação, administração hospitalar/métodos, administração hospitalar/normas, tendo sido encontradas 1.825 referências na Medline, 11 no Scielo, 40 na Lilacs. Na base de dados Medline foi necessário um novo refinamento da pesquisa, sendo inserida a palavra, benchmarking, indicadores de gestão e dissertações acadêmicas.. Dessa forma foram encontradas 71 referências.

As fontes para a pesquisa foram artigos científicos, dissertações acadêmicas, textos técnicos, sítios na internet, documentos existentes e disponíveis no Ministério da Saúde, na Organização Nacional de Acreditação (ONA), capítulos de livros e questionários respondidos por diretores e especialistas em qualidade e finanças dos hospitais selecionados, acreditados com excelência.

Atendendo aos princípios Éticos e de acordo com a Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos hospitais entrevistados com o objetivo de proteger as instituições e as pessoas tratando-as com dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo-as em sua vulnerabilidade, ponderando

riscos e benefícios individuais ou coletivos (atuais e/ou potenciais), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo, assim, a não maleficência.

Foram enviadas, pelo professor orientador, cartas de “*apresentação da pesquisadora*” aos quatro hospitais acreditados com excelência. A pesquisadora iniciou contato telefônico para busca dos endereços eletrônicos, enviando por e-mail os documentos da pesquisa pré-projeto e anexos (A, C, D, E).

Um dos hospitais participantes da pesquisa solicitou a presença da pesquisadora na instituição para informar-lhe a não concordância em fornecer cópia dos balanços patrimoniais e dados financeiros. A versão inicial da pesquisa contemplava a cópia dos balanços patrimoniais dos hospitais e dados financeiros expressos em valores monetários. Esse hospital solicitou ajustes no questionário, relativos a estes itens. Propôs que os dados financeiros fossem ajustados de moeda (R\$) para percentuais. A versão do questionário foi alterada e às solicitações de informações financeiras transformadas para percentuais. A cópia dos balanços patrimoniais, para avaliação da variável lucro operacional, foi substituída pela inclusão de item no questionário de “percentual de receita/ebtida”. As alterações foram repassadas aos demais hospitais.

No momento em que era formulado o convite à participação dos hospitais na pesquisa (março de 2007), um hospital teve prescrita sua condição de acreditado. Os contatos foram suspensos e retomados em dezembro de 2007, por ocasião de sua recertificação. Considerando que a pesquisa utilizou como último ciclo de avaliação o ano de 2006, não houve comprometimento dos resultados. Participaram da pesquisa quatro hospitais acreditados com excelência.

6.3 Variáveis selecionadas

6.3.1 Definição da amostra

No primeiro semestre de 2007, foi verificado no site da ONA a relação nominal dos hospitais acreditados com Excelência (nível 3). Com base nesse levantamento dos 15 hospitais identificados, foi escolhida uma amostra de conveniência com a seleção de quatro casos para o estudo, tendo como critério a proximidade geográfica entre eles.

6.3.2 *Definição das variáveis a serem estudadas*

As variáveis utilizadas para a realização deste estudo foram escolhidas considerando o método Balanced Scorecard - BSC (Kaplan, 2004), contemplando as suas quatro perspectivas: financeira, clientes, interna e aprendizado e crescimento.

Foram adotadas as variáveis:

- Internações;
- Internações Leitos Cirúrgicos;
- Internações Leitos Críticos;
- Satisfação do Cliente externo;
- Satisfação do Cliente interno;
- Absenteísmo;
- Rotatividade de recursos humanos;
- Capacitação de funcionários/colaboradores (treinamento);
- Despesas operacionais;
 - Medicamentos;
 - Médico Hospitalar;
 - Funcionários/Colaboradores;
 - Contratos de Prestação de Serviços;
- Lucro operacional (receita/ebitda).
- Número de Funcionários/Colaboradores,
 - Contratados,
 - Terceirizados,
 - Autônomos;
- Número de leitos;
- Organização jurídico-institucional (privados, públicos, filantrópicos);
- Histórico da Busca da Excelência,
 - Experiência anterior com sistema(s) de qualidade,
 - Cronologia e fatos mais importantes.

A FIG. 04 apresenta o esboço de mapa estratégico do BSC em relação às variáveis deste estudo.

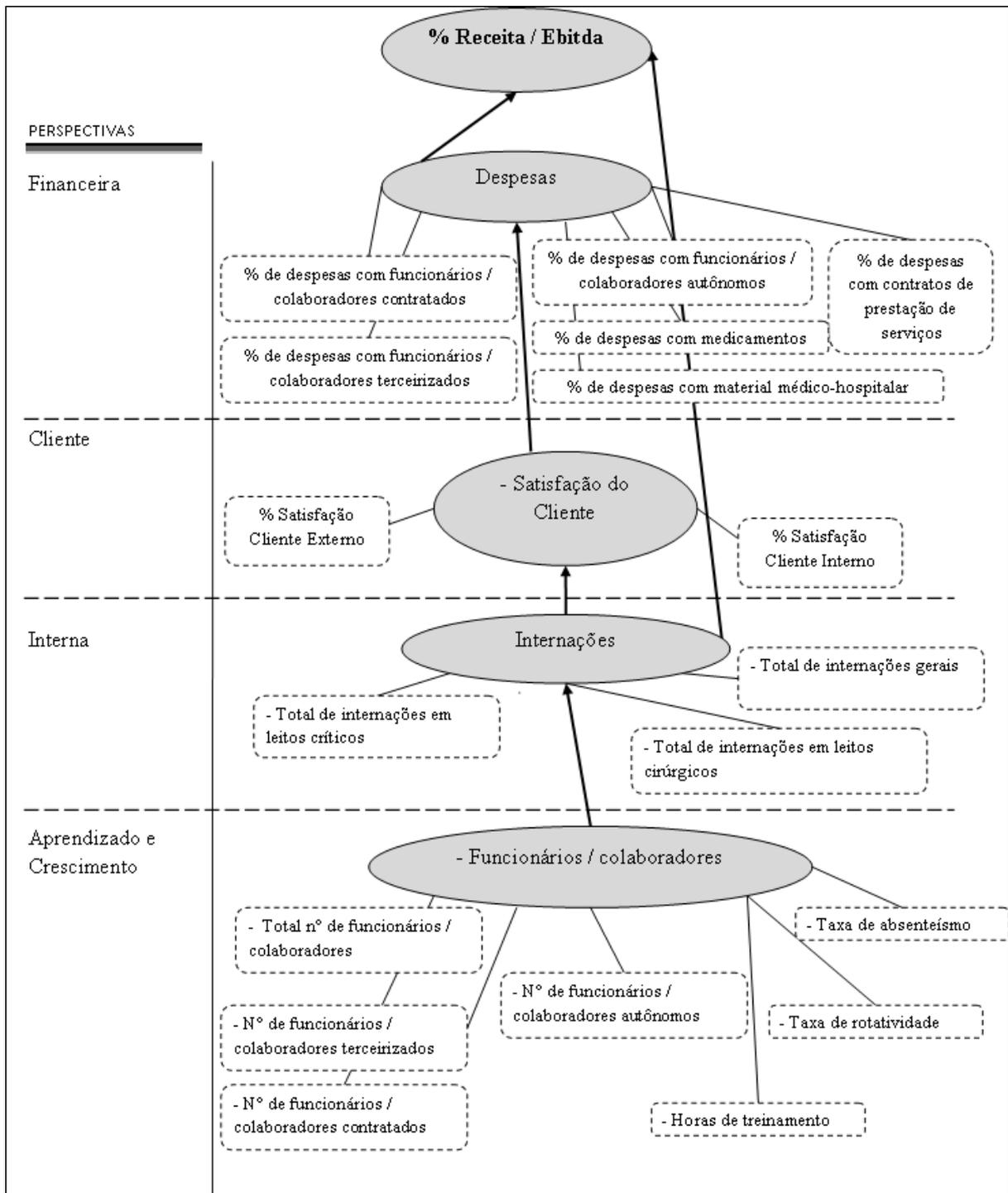


FIGURA 4 - Mapa Estratégico Balanced Scorecard: perspectivas e variáveis do estudo

Fonte: FIG. elaborada pela autora.

O QUADRO 8 apresenta a correlação entre as variáveis, objetivos geral e específicos e perspectivas do BSC.

QUADRO 8

Variáveis do estudo e suas inter-relações com os objetivos da pesquisa e perspectivas do BSC

Perspectiva BSC	Variável	Objetivo Geral	Objetivo Específico
Cliente	Satisfação do Cliente externo	X	
	Satisfação do Cliente interno	X	
Aprendizado Crescimento	Absenteísmo	X	
	Rotatividade de recursos humanos	X	
	Horas de treinamento	X	
Financeira	Despesas com medicamentos	X	
	Despesas com Material Médico Hospitalar	X	
	Despesas com Funcionários/Colaboradores	X	
	Despesas Contratos	X	
	Receita/Ebitda	X	
Interna	Internações	X	
	Internações Leitos Críticos	X	
	Internações Leitos Cirúrgicos	X	

Fonte: QUADRO elaborado pela autora – 2007.

O QUADRO 9 apresenta a correlação entre as variáveis, objetivos geral e específicos, perspectivas do BSC e perfil das organizações.

QUADRO 9

Variáveis do estudo e suas inter-relações com os objetivos da pesquisa e perfil da organização

Organização	Variável	Objetivo Geral	Objetivo Específico
Perfil	Número de leitos		X
	Organização jurídico-institucional		X
	Número Funcionários/Colaboradores	X	
	Custos/Investimentos Processo Acreditação		X
	Histórico da Busca da Excelência.		X

Fonte: QUADRO elaborado pela autora – 2007.

O QUADRO 10 apresenta a relação das variáveis transformadas em indicadores com as perspectivas do BSC.

QUADRO 10

Indicadores da pesquisa e suas inter-relações com as perspectivas do BSC

BSC	Variáveis da pesquisa	Tendência
Perspectiva	Indicadores/dados	
Financeira	Percentual Receita/Ebtida	↑
	Percentual de Despesas com Funcionários	↓
	Percentual de Despesas com Medicamentos	↓
	Percentual de Despesas com Material Médico-Hospitalar	↓
	Percentual de Despesas com Contratos de Prestação de Serviços	↓
Cliente	Satisfação do Cliente Externo	↑
	Satisfação do Cliente Interno	↑
Interna	Número de Leitos	
	Internações	↑
	Internações leitos críticos	↑
	Internações leitos cirúrgicos	↑
Aprendizado e Crescimento	Número de Funcionários / Colaboradores	
	Taxa de Absenteísmo	↓
	Taxa de Rotatividade	↓
	Horas de Treinamento	↑

Fonte: QUADRO elaborado pela autora - 2007

6.3.3 Orientações prestadas aos hospitais para o cálculo dos indicadores

O QUADRO 11 apresenta as orientações prestadas aos hospitais quanto aos critérios para o cálculo dos indicadores, visando à garantia da uniformidade das informações.

QUADRO 11

Fórmula de cálculo dos indicadores para os momentos 1, 2 e 3

Indicador/Dado	Fórmula de Cálculo/Referência
Nº total de internações	Período de 01 de janeiro a 31 de dezembro
Nº de internações em leitos críticos	Período de 01 de janeiro a 31 de dezembro
Nº de internações em leitos cirúrgicos	Período de 01 de janeiro a 31 de dezembro
Satisfação do cliente externo – percentual geral de clientes no nível máximo de satisfação da pesquisa aplicada	$\frac{\text{Soma dos itens avaliados como favoráveis em todos os campos}}{\text{Soma dos itens avaliados em todos os campos}} \times 100$
Satisfação do cliente interno – percentual geral de clientes no nível máximo de satisfação da pesquisa aplicada	$\frac{\text{Soma dos itens avaliados como favoráveis em todos os campos}}{\text{Soma dos itens avaliados em todos os campos}} \times 100$
Nº de funcionários/colaboradores	Classificação: 1- contratados, 2-terceirizados, 3-autônomos
Taxa de absenteísmo (%) - funcionários do hospital	$\frac{\text{Nº de dias de faltas/ausências ao trabalho}}{\text{Nº de dias trabalhados}} \times 100$
Taxa de rotatividade recursos humanos (%)	$\frac{\text{Nº de desligamentos}}{\text{Nº de funcionários ativos}} \times 100$
Horas de treinamento	Soma de horas de treinamento da força de trabalho Classificação: 1- contratados, 2-terceirizados, 3-autônomos
Percentual de despesas com funcionários / colaboradores	Classificação: 1- contratados, 2-terceirizados, 3-autônomos
Percentual de despesas com medicamentos	Em relação ao valor total das despesas
Percentual de despesas com material médico hospitalar	Em relação ao valor total das despesas
Percentual de despesas com contratos de prestação de serviços	Em relação ao valor total das despesas
Percentual Receita/Ebtida	Lucro total (Lucro = Receita – Despesas) excluindo juros, amortização de financiamentos, investimentos, multas e impostos ou qualquer saída de recursos que não esteja diretamente ligada à atividade operacional

Fonte: QUADRO elaborado pela autora – 2008.

6.3.4 Instrumento de pesquisa e coleta de dados

O estudo foi realizado por meio de Formulário de Pesquisa (Anexo D), encaminhado e devolvido via e-mail. No Formulário foram especificadas as fórmulas para as variáveis solicitadas objetivando manter um padrão das informações e também os períodos, que consistiam em três momentos: ano de início do processo, ano da certificação e 2006.

Na pesquisa foram realizados passos, referentes à interação da pesquisadora com as instituições pesquisadas:

- Comunicação com as instituições
 - Via correios – Carta de Apresentação da Pesquisadora – encaminhada pelo orientador (Anexo B);
 - Via telefone – para solicitação de participação no estudo e obtenção de endereço eletrônico;
 - Presencial – para acompanhar a resposta ao questionário e complementar informações após devolução, quando necessário.
- Envio de cópia do pré-projeto, Termo de Consentimento (Anexo C), Carta de Apresentação para os Hospitais (Anexo A) e Formulário de Pesquisa (Anexo D);
- Confirmação da participação da instituição via e-mail ou telefone;
- Devolução do Formulário de Pesquisa (Anexo D) preenchido - via e-mail;
- Visita aos hospitais para recolhimento do Termo de Consentimento (Anexo C), assinado;
- Compilação dos dados do Formulário da Pesquisa (Anexo D).

6.3.5 Tendência dos resultados das variáveis

De acordo com o sistema de pontuação da Fundação Nacional da Qualidade - FNQ (2007, p.22) na dimensão de resultados organizacionais são avaliados os fatores Relevância, Tendência e Nível atual. Relevância diz respeito a importância do resultado para a determinação do alcance dos objetivos estratégicos e operacionais da organização; Nível atual

trata a comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes e Tendência refere-se ao comportamento dos resultados ao longo do tempo.

Para efeito deste estudo será utilizado o conceito de Tendência da FNQ e para determinação de tendência favorável quando os dois últimos momentos apresentarem resultados positivos e crescentes ou decrescentes quando for o caso

7 RESULTADOS

O perfil dos hospitais que participaram desta pesquisa está descrito nos itens Hospital A, Hospital B, Hospital C e Hospital D.

Os valores entre parênteses apresentados nas tabelas que se seguem representam o percentual de variação em relação ao período anterior.

Os gráficos apresentam ao seu lado a direção esperada da tendência.

7.1 Coleta de dados do hospital

7.1.1 Hospital A

A TAB. 9 apresenta perfil do hospital do Hospital A como uma organização privada. O seu processo de acreditação foi iniciado em 01/01/2004, recebendo o título de acreditado em 07/11/2005, ou seja, o tempo de duração do processo foi de 01 (um) ano e 10 (dez) meses. Durante os três momentos compreendidos nos anos de 2004, 2005 e 2006, manteve o mesmo número de leitos, 265, sendo 69 destinados ao SUS e 196 à Saúde Suplementar.

No item relativo aos custos com o processo de acreditação, o Hospital A não teve gastos com melhoria ou adequação de área física. O gasto total que inclui capacitação, equipamentos e consultorias foi de R\$6.232.691,80 (Seis milhões, duzentos e trinta e dois mil, seiscentos e noventa e um reais e oitenta centavos). Os gastos com capacitação corresponderam a 63,13%, equipamentos e consultorias representaram respectivamente, 20,38% e 16,4%, do gasto total.

O Hospital A atuava com programa de qualidade ISO desde 1997, sendo certificado ISO 9002 em novembro de 1997 e ISO 9001:2000 em outubro de 2003. A manutenção das certificações ISO 9001:2000 e “acreditado com excelência”, ocorreu no ano de 2006, bem como as premiações na Banas Qualidade, Prêmio Estadual de Qualidade e Top Hospitalar.

O Hospital A demonstrou que anterior ao processo de acreditação, adotava política da qualidade.

TABELA 9

Perfil do Hospital A

Descrição da instituição						
Organização jurídico-institucional			Hospital privado			
Etapas		Momento 1	Momento 2	Momento 3		
Ano correspondente		2004	2005	2006		
Número de leitos (total)		265	265	265		
SUS		69	69	69		
Saúde suplementar		196	196	196		
Etapas do Processo de Acreditação						
Custos Estimados por Categoria (em R\$)						
A	B	C	D	E	F	
Data de início processo	Data de certificação acreditado	Nível de acreditação/ Ano	Capacitação	Equipamentos	Área Física	Consultorias
01/01/2004	07/11/2005	2004	1.244.387,45	439.287,85	-	322.000,00
		2005	1.365.967,94	450.405,53	-	410.000,00
		2006	1.324.355,45	381.287,58	-	295.000,00
		Custo total	3.934.710,84	1.270.980,96	-	1.027.000,00
Histórico da Busca da Excelência						
O hospital já adotava algum sistema de garantia da qualidade antes do processo de acreditação ?					ISO 9000	
Cronologia e os fatos mais relevantes da jornada do hospital rumo à excelência						
Certificação			Data/ano			
ISO9002			04/11/1997			
ISO 9001:2000			30/10/2003			
Acreditado com Excelência			07/11/2005			
Manutenção das Certificações						
ISO 9001:2000			2006			
Acreditado com excelência – ONA			2006			
Premiações						
Banas da Qualidade			2006			
Prêmio Estadual de Qualidade - faixa bronze			2006			
Top Hospitalar - categorias “hospital do ano” e “administrador hospitalar do ano”.			2006			

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007

A TAB. 10 apresenta a análise de desempenho do Hospital A na Perspectiva Financeira.

TABELA 10

Análise de Desempenho da Perspectiva Financeira – Hospital A

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Percentual de despesas com funcionários / colaboradores			
Contratados	30,02%	28,36% (-5,5%)	30,74% (+8,4%)
Terceirizados	0,61%	0,51% (-16,4%)	0,53% (+3,9%)
Autônomos (médicos)	0%	0%	0%
Análise		Queda no percentual de despesas com funcionários contratados (5,5%) e terceirizados (16,4%) em relação ao momento 1.	Aumento no percentual de despesas com funcionários contratados (8,4%) e terceirizados (3,9%) em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com medicamentos (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	6,5%	6,1% (-6,2%)	5,9% (-3,3%)
Análise		Queda de 6,2% em relação ao momento 1.	Queda de 3,3% em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com material médico hospitalar (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	25,8%	25,2% (-2,3%)	25,8% (+2,4%)
Análise		Queda de 2,3% em relação ao momento 1.	Aumento de 2,4% em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com contratos de prestação de serviços	2,4%	2,35% (-2,1%)	2,12% (-9,8%)
Análise		Queda de 2,1% em relação ao momento 1.	Queda de 9,8% em relação ao momento 2.
Percentual receita/ebtida	7,4%	10,4% (+40,5%)	11,0% (+5,6%)
Análise		Aumento de 40,5% em relação ao momento 1.	Aumento de 5,6% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

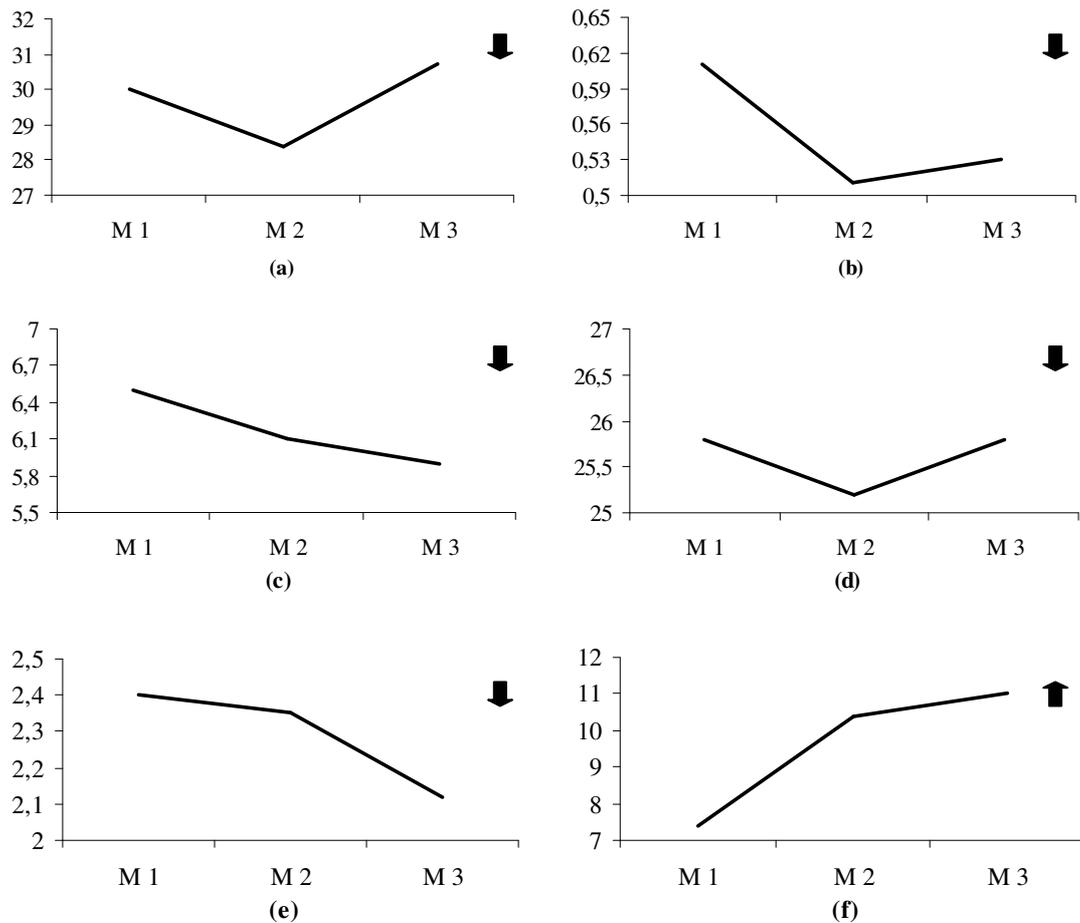


Gráfico 2 – Hospital A: (a) Porcentagem de despesas com funcionários contratados, (b) % de despesas com funcionários terceirizados, (c) % de despesas com medicamentos, (d) % de despesas com material médico-hospitalar, (e) % de despesas com contratos de prestação de serviços e (f) % receita / ebitda.

Observação:

(1) Nota do respondente: no ano de 2.003 o ebitda foi de 10,2% da receita bruta de vendas. Observa-se fator atípico no ano de 2.004, não podendo o analista entender que houve incremento do ebitda em função do processo de acreditação.

NA TAB. 10 e no GRÁFICO 2 podem ser observados que todos os indicadores da Perspectiva Financeira tiveram resultados satisfatórios segundo a orientação de tendência favorável a eles até o momento 2. Para o momento 3, o Percentual de Despesas com funcionários contratados e terceirizados teve aumento, assim como o Percentual de Despesas com material médico-hospitalar, mas o resultado final, ebitda, manteve tendência favorável.

O Percentual Receita-Ebitda, do momento 1 para o 2 cresceu 40,5%, fato que poderia evidenciar o retorno financeiro pela implantação da acreditação. No entanto, o Hospital A

apresentou observação neste item apontando que no ano de 2.003 o Ebtida havia sido de 10,2% da Receita Bruta de Vendas, o que demonstra que o ano de 2004 foi atípico.

A TAB. 11 apresenta a análise de desempenho do Hospital A, de acordo com as variáveis da Perspectiva Cliente.

TABELA 11

Análise de Desempenho da Perspectiva Cliente – Hospital A.

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Satisfação do Cliente Externo	98,7%	99,2% (+0,5%)	99,2% (0%)
Análise		Aumento de 0,5% em relação ao Momento 1.	Não houve variação em relação ao Momento 2.
Satisfação do Cliente Interno	99,4%	99,5% (+0,1%)	99,9% (+0,4%)
Análise		Aumento de 0,1% em relação ao Momento 1.	Aumento de 0,4% em relação ao Momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

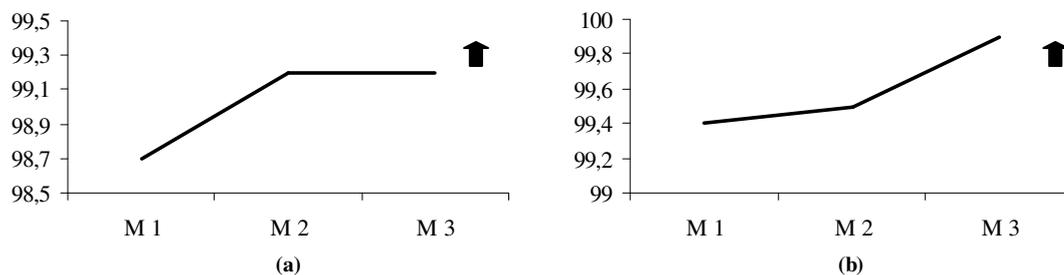


Gráfico 3 - Hospital A: (a) Satisfação do cliente externo, (b) Satisfação do cliente interno.

Na TAB. 11, observa-se que os resultados relativos à satisfação dos clientes são próximos de 100%. O Gráfico 3, apresenta na Perspectiva Cliente, dois indicadores de tendência favorável, apesar de no caso da Satisfação do cliente externo o momento 2 e 3 terem o mesmo valor.

A TAB. 12 apresenta a análise de desempenho do Hospital A, de acordo com as variáveis da Perspectiva Interna.

TABELA 12

Análise de Desempenho da Perspectiva Interna - Hospital A

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Total de internações	13.942	13.122 (-5,9%)* Queda de 5,9% em relação ao momento 1.	13.351 (+1,8%) Aumento de 1,8% em relação ao momento 2.
Análise			
Número de internações leitos críticos (UTI adulto e UTI NEO/PED)	3.301	3.611 (+9,4%) Aumento de 9,4% em relação ao momento 1.	3.718 (+3,0%) Aumento de 3,0% em relação ao momento 2.
Análise			
Número de internações leitos cirúrgicos	9.062	8.529 (-5,9%) Queda de 5,9% em relação ao momento 1.	8.678 (+1,8%) Aumento de 1,8% em relação ao momento 2.
Análise			

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

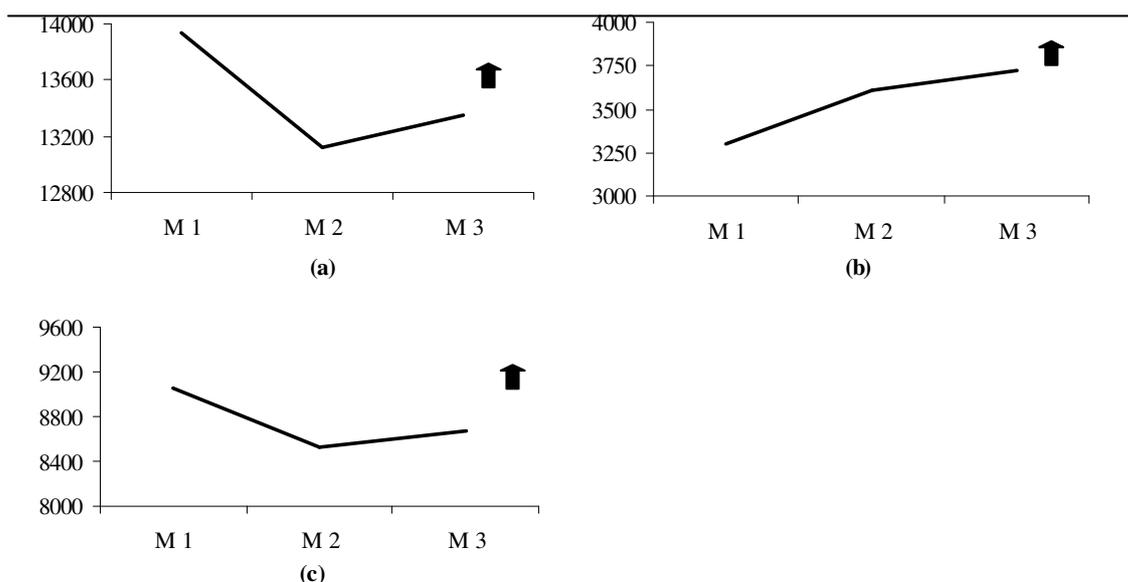


Gráfico 4 - Hospital A: (a) Total de internações, (b) Número de internações em leitos críticos e (c) Número de internações em leitos cirúrgicos.

Na TAB 12 e no GRÁFICO 4 podem ser observados que na Perspectiva Interna o número total de internações apresentou queda no ano em que o Hospital recebeu a certificação em relação ao período em que começou o processo, mas no ano de 2006 houve aumento.

O Número de internações em leitos cirúrgicos, que representa aproximadamente 65% do total das internações, apresentou comportamento similar a mesma. Houve queda no momento 2 e aumento em 2006. O Número de internações em leitos críticos apresentou tendência de crescimento nas três etapas analisadas. Este resultado tem pequena influência sobre o número total de internações, representando o percentual de 23,67%. Nas três etapas houve uma queda de 4,2% no total de internações.

A TAB. 13 apresenta a análise de desempenho do Hospital A na Perspectiva Aprendizado e Crescimento.

TABELA 13

Análise de Desempenho da Perspectiva Aprendizado e Crescimento – Hospital A			
Análise Desempenho			
Ano correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Nº de funcionários / Colaboradores			
Contratados	1.095	1.099 (+0,4%)	1.112 (+1,2%)
Terceirizados	7	4 (-42,9%)	4 (0%)
Autônomos (médicos)	322	375 (+16,5%)	377 (+0,5%)
Análise		Queda de 42,9% em relação ao momento 1 do número de terceirizados. Aumento dos contratados (0,4%) e dos autônomos (16,5%).	Aumento do número de contratados e dos autônomos em relação ao momento 2, de respectivamente 1,2 e 0,5%. O número de terceirizados se manteve.
Taxa de absenteísmo	1,13%	1,39% (+23%)	1,33% (-4,3%)
Análise		Aumento de 23% em relação ao momento 1.	Queda de 4,3% em relação ao momento 2.
Taxa de rotatividade	1,48%	1,44% (-2,7%)	1,44% (0%)
Análise		Queda de 2,7% em relação ao momento 1.	Não houve variação em relação ao momento 2.
Horas de treinamento	82.377	77.731 (-5,6%)	82.802 (+6,5%)
Análise		Queda de 5,6% em relação ao momento 1.	Aumento de 6,5% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

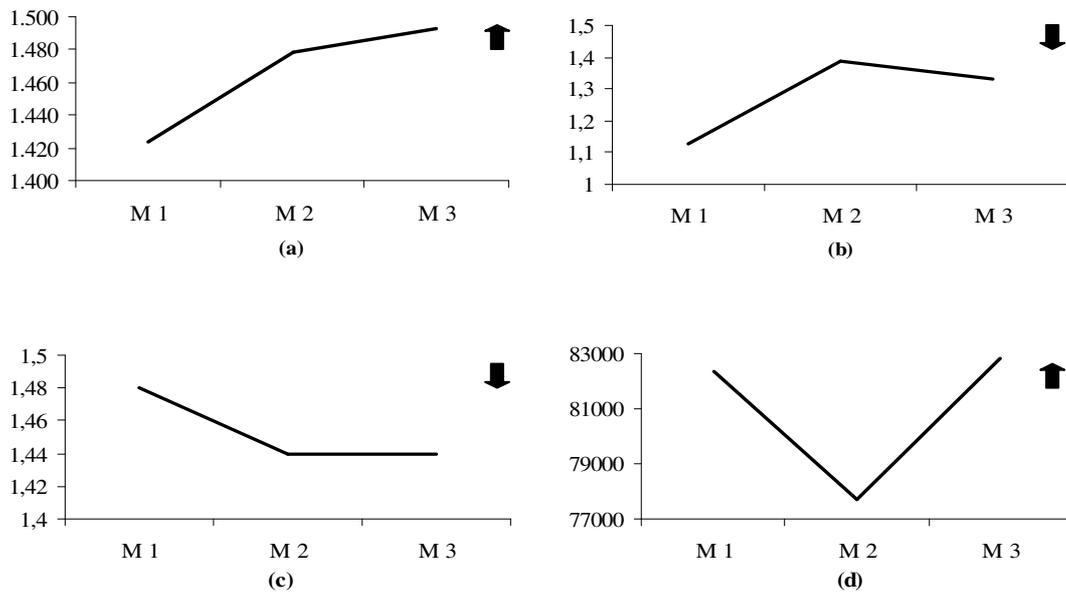


Gráfico 5 – Hospital A: (a) Número de funcionários total (soma dos contratados, terceirizados e autônomos), (b) Taxa de absenteísmo, (c) Taxa de rotatividade e (d) Horas de treinamento.

A TAB. 13 e o GRÁFICO 5 demonstram que na Perspectiva de Aprendizado e Crescimento, o número de funcionários contratados e autônomos aumentou, enquanto o número de terceirizados diminuiu. A taxa de absenteísmo aumentou na transição do momento 1 para o 2 e momento 1 para o 3 e diminuiu na transição do momento 2 para o 3.

A rotatividade reduziu no momento 2 e se manteve no 3.

As horas de treinamento diminuiram e aumentaram nos momentos 2 e 3, respectivamente.

O número de funcionários e a taxa de absenteísmo tiveram tendências favoráveis.

7.1.2 Hospital B

A TAB. 14 perfil do hospital apresenta o Hospital B como uma organização privada. O processo de acreditação foi iniciado em janeiro de 2004 recebendo o título de acreditado em dezembro de 2005, ou seja, o tempo de duração do processo foi de dois anos. Durante os três momentos compreendidos pelos anos de 2004, 2005 e 2006 manteve o mesmo número de leitos, 110 destinados à Saúde Suplementar.

No item relativo aos custos com o processo de acreditação, o Hospital B apresentou gastos com consultoria nos três anos estudados de R\$288.000,00 (duzentos e oitenta e oito mil reais) e com a capacitação de R\$30.533,62 (trinta mil, quinhentos e trinta e três reais e sessenta e dois centavos).

Não houve investimentos em equipamentos e área física relacionados ao processo de acreditação.

O Hospital B não adotava anteriormente à Acreditação outro programa de qualidade. A primeira auditoria de avaliação para manutenção da certificação ocorreu em novembro de 2006, permanecendo o hospital acreditado com excelência. O Hospital B iniciou a adoção da política da qualidade com o processo de acreditação.

TABELA 14
Perfil do Hospital B

Descrição da Instituição						
Organização jurídico-institucional			Hospital privado			
Etapas		Momento 1	Momento 2	Momento 3		
Ano correspondente		2004	2005	2006		
Número de leitos (total)		110	110	110		
Sus		-	-	-		
Saúde suplementar (1)		110	110	110		
Etapas do Processo de Acreditação						
Custos Estimados por Categoria (em R\$) (2)						
A	B	C	D	E	F	
Data de início processo	Data de certificação acreditado	Nível de acreditação	Capacitação	Equipamentos	Área física	Consultorias
		2004	1.572,00	Z	Z	96.000,00
Janeiro de 2004	Dezembro de 2005	2005	14.048,64	Z	Z	96.000,00
		2006	14.912,98	Z	Z	96.000,00
		Custo total	30.533,62	Z	Z	288.000,00
Histórico da Busca da Excelência						
O hospital já adotava algum sistema de garantia da qualidade antes do processo de acreditação?					Não	
Cronologia e os fatos mais relevantes da jornada do hospital rumo à excelência						
Certificação				Data/ano		
Acreditado com Excelência				11/2005		
Manutenção das Certificações						
Acreditado com excelência – ONA - 1ª auditoria de avaliação				11/2006		
Premiações						
-						

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007

Observação: Z = zero

A TAB. 15 apresenta a análise de desempenho do Hospital B, de acordo com as variáveis da Perspectiva Financeira.

TABELA 15

Análise de Desempenho da Perspectiva Financeira – Hospital B

Análise desempenho			
Ano Correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Percentual de despesas com funcionários / colaboradores Contratados	37,06%	31,71% (-11,7%)	35,24% (+7,7%)
Terceirizados	0%	7,25%	7,45% (+2,8%)
Autônomos (hon. Médicos)	0%	0%	0%
Análise		Queda no percentual de despesas com contratados (11,7%) em relação ao momento 1. Início das despesas com funcionários terceirizados.	Aumento no percentual de despesas com contratados (7,7%) e terceirizados (2,8%) em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com medicamentos (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	4,38%	5,62% (+28,3%)	5,95% (+5,9%)
Análise		Aumento de 28,3% em relação ao momento 1.	Aumento de 5,9% em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com material médico hospitalar (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	7,02%	8,83% (+25,8%)	10,62% (+20,3%)
Análise		Aumento de 25,8% em relação ao momento 1.	Aumento de 20,3% em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com contratos de prestação de serviços	12,20%	7,25% (-40,6%)	7,50% (+3,5%)
Análise		Queda de 40,6% em relação ao momento 1.	Aumento de 3,5% em relação ao momento 2.
Percentual receita/ebtida	-80,18%	-41,51% (+48,2%)	-9,46% (+77,2%)
Análise		Aumento de 48,2% em relação ao momento 1.	Aumento de 77,2% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

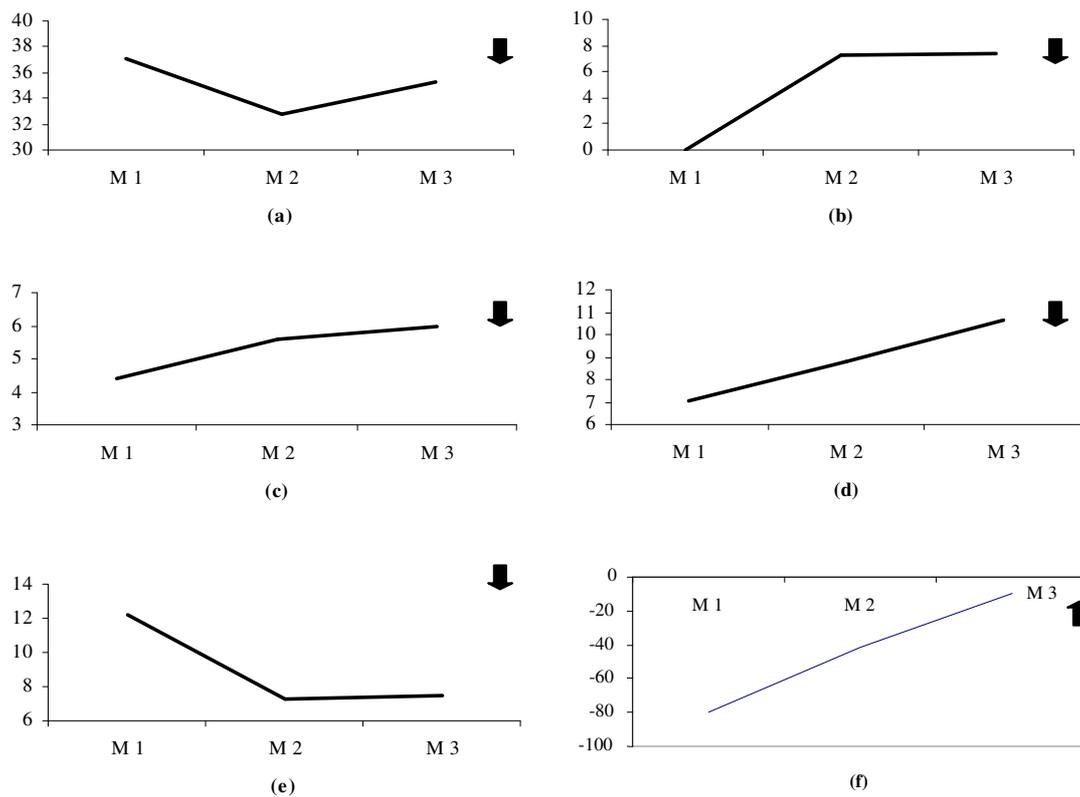


Gráfico 6 – Hospital B: (a) % de despesas com funcionários contratados, (b) % de despesas com funcionários terceirizados, (c) % de despesas com medicamentos, (d) % de despesas com material médico-hospitalar, (e) % de despesas com contratos de prestação de serviços e (f) % receita / ebitda.

Na TAB 15 e no GRÁFICO 6 podem ser observados que na Perspectiva Financeira o percentual de despesas com funcionários contratados, apresentou diminuição nos momentos 2 e aumento no 3.

No percentual de despesas com funcionários terceirizados, a tendência se mostrou crescente, assim como o percentual de despesas com medicamentos e com material médico-hospitalar.

As despesas com contratos de prestação de serviços tiveram redução do momento 1 para o 2 e aumento no 3.

O percentual receita / ebitda apresentou tendência crescente apesar de ainda estar no eixo negativo.

A TAB. 16 apresenta a análise de desempenho do Hospital B, de acordo com as variáveis da Perspectiva Cliente.

TABELA 16

Análise de Desempenho da Perspectiva Cliente - Hospital B			
Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Satisfação do cliente externo	62,30%	68,90% (+10,6%)	97,94% (+42,2%)
Análise		Aumento de 10,6% em relação ao momento 1.	Aumento de 42,2% em relação ao momento 2.
Satisfação do cliente interno	63,40%	78,76% (+24,2%)	92,80% (+17,8%)
Análise		Aumento de 24,2% em relação ao momento 1.	Aumento de 17,8% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

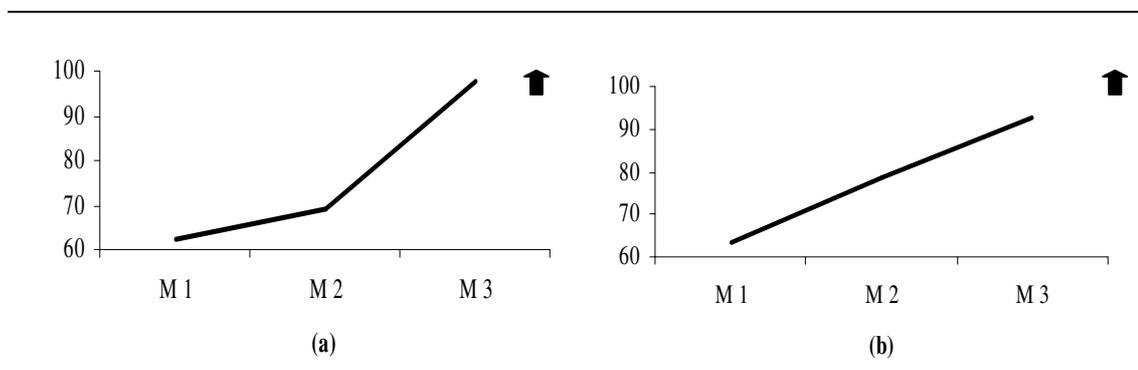


Gráfico 7 – Hospital B: (a) Satisfação do cliente externo, (b) Satisfação do cliente interno.

Na TAB 16 e GRÁFICO 7 podem ser observados que na Perspectiva Cliente, os índices de satisfação interno e externo apresentam tendência crescente e, por isso, resultado satisfatório. A satisfação dos clientes externos aumentou 42,2%, do momento 2 para o 3. A satisfação dos clientes internos aumentou em taxas bem parecidas tanto do momento 1 para o 2, quanto do 2 para o 3, e por isso a linha do gráfico não teve alteração na inclinação.

A TAB. 17 apresenta a análise de desempenho do Hospital B, de acordo com as variáveis da Perspectiva Interna.

TABELA 17

Análise de Desempenho da Perspectiva Interna - Hospital B			
Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Total de internações	3.311	6.567 (+98,3%)* Aumento de 98,3% em relação ao momento 1.	8.995 (+37,0%) Aumento de 37% em relação ao momento 2.
Análise			
Número de internações leitos críticos (UTI adulto e UTI NEO/PED.)	183	323 (+76,5%) Aumento de 76,5% em relação ao momento 1.	621 (+92,3%) Aumento de 92,3% em relação ao momento 2.
Análise			
Número de internações leitos cirúrgicos	2.329	5.859 (+151,6%) Aumento de 151,6% em relação ao momento 1.	7.986 (+36,3%) Aumento de 36,3% em relação ao momento 2.
Análise			

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

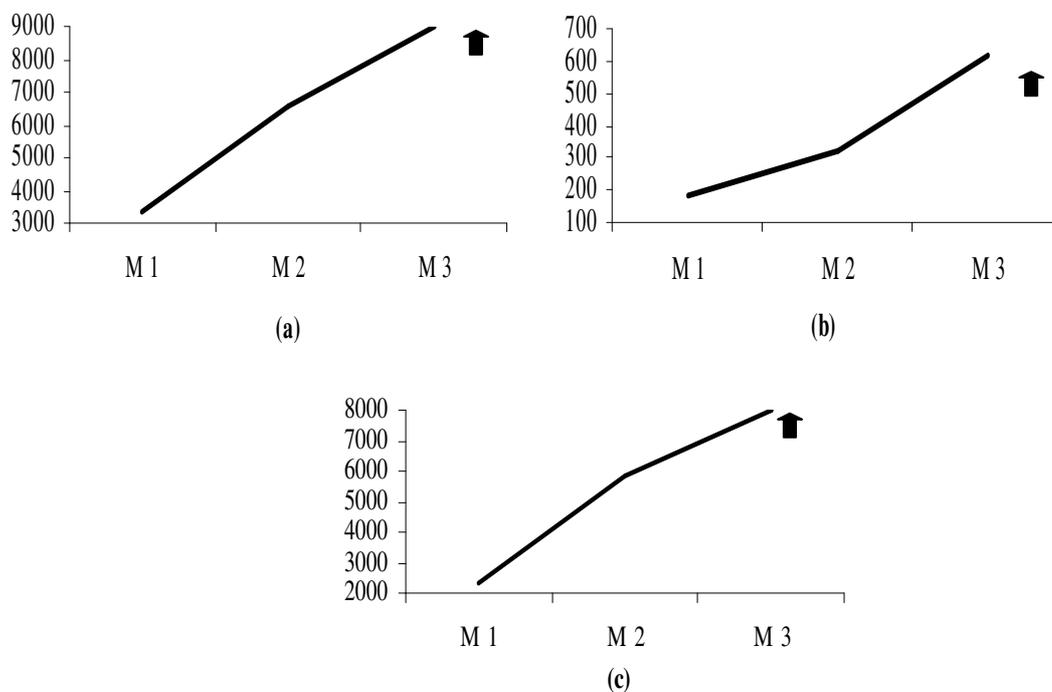


Gráfico 8 - Hospital B: (a) Total de internações, (b) Número de internações em leitos críticos e (c) Número de internações em leitos cirúrgicos.

Na TAB 17 e GRÁFICO 8 podem ser observados que na Perspectiva Interna os três indicadores tiveram tendência crescente, destacando-se as internações em leitos cirúrgicos que aumentaram mais de 150% do momento 1 para o 2. A taxa de aumento do Total de Internações nesse mesmo período foi de 98,3%. As internações em leitos críticos tiveram um crescimento do momento 2 para o 3, de 92,3%, enquanto o total de internações e internações em leitos cirúrgicos aumentaram por volta de 36%.

A TAB. 18 apresenta a análise de desempenho do Hospital B, de acordo com as variáveis da Perspectiva Aprendizado e Crescimento.

TABELA 18

Análise de Desempenho da Perspectiva Aprendizado e Crescimento – Hospital B

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2004	2005	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Nº de funcionários / colaboradores (total)			
Contratados	218	585 (+168,4%)	625 (+6,8%)
Terceirizados	Z	108	108 (0%)
Autônomos (médicos)	N/I	N/I	N/I
Análise		Aumento em relação ao momento 1 de 168,4% do número de contratados.	Aumento do número de contratados de 6,8% em relação ao momento 2. Não houve variação no número de terceirizados.
Taxa de absenteísmo	7,4%	8,3% (+12,2%)	8,2% (-1,2%)
Análise		Aumento de 12,2% em relação ao momento 1.	Queda de 1,2% em relação ao momento 2.
Taxa de rotatividade	28,44%	28,19% (-0,9%)	17,82% (-36,8%)
Análise		Queda de 0,9% em relação ao momento 1.	Queda de 36,8 em relação ao momento 2.
Horas de treinamento	2.816:28'	13.468:36' (+378,2%)	10.340:43' (-23,2%)
Análise		Aumento de 378,2% em relação ao momento 1.	Queda de 23,2% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

Observações:

N/I: Não informado. Z = zero.

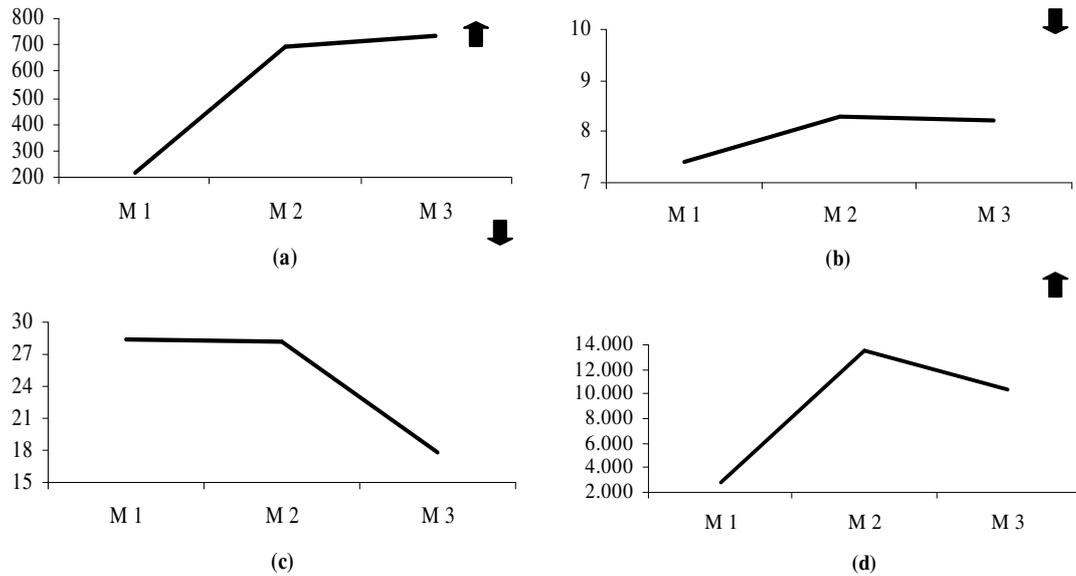


Gráfico 9 – Hospital B: (a) Número de funcionários total (soma dos contratados, terceirizados e autônomos), (b) Taxa de absenteísmo, (c) Taxa de rotatividade e (d) Horas de treinamento.

Na TAB 18 e no GRÁFICO 9 podem ser observados que na Perspectiva de Aprendizado e Crescimento o número de funcionários contratados aumentou do momento 1 para o momento 2. A taxa de absenteísmo aumentou no momento 2 e diminuiu no 3. A taxa de rotatividade apresentou queda de 36,8% do momento 2 para o 3.

As horas de treinamento apresentaram aumento de 378,2% no momento 2 e diminuição no 3 de 23,2%.

7.1.3 Hospital C

A TAB. 19 perfil do hospital apresenta o Hospital C como uma organização privada. O processo de acreditação foi iniciado em 2002, recebendo o título de acreditado em 11/2004, ou seja, o tempo de duração do processo foi de aproximadamente dois anos, não podendo precisar se mais ou menos, já que o mês de início do processo não foi informado.

Do início do processo até a certificação, (2002 a 2004) o hospital aumentou 31 leitos, de 218 para 249, correspondendo a 14% de acréscimo. No ano de 2006 o número de leitos se manteve em 249.

No item relativo aos custos com o processo de acreditação, o Hospital C apresentou gastos com consultoria no valor de R\$60.000,00 (sessenta mil reais/ano). Observa-se que a

certificação do hospital ocorreu em 2004, permanecendo os gastos com consultoria nos anos seguintes (2005 e 2006). Não houve investimentos em equipamentos e área física. Os dados relativos aos custos com capacitação foram declarados como não disponíveis.

O Hospital C não havia ainda, adotado nenhum programa de qualidade, o processo iniciou-se com a acreditação. A primeira auditoria de avaliação para manutenção da certificação ocorreu em novembro de 2005, permanecendo naquele ano acreditado com excelência.

TABELA 19

Perfil do Hospital C
Descrição da Instituição

Organização jurídico-institucional		Hospital privado				
Etapas		Momento 1	Momento 2	Momento 3		
Ano correspondente		2002	2004	2006		
Número de leitos		218	249	249		
SUS		0	0	0		
Saúde suplementar		218	249	249		
Etapas do Processo de Acreditação						
Custos Estimados por Categoria (em R\$)						
A	B	C	D	E	F	
Data de início processo	Data de certificação acreditado	Nível de acreditação	Capacitação	Equipamentos	Área física	Consultorias
2001	11/2004	2001	...	Z	Z	60.000,00
		2004	...	Z	Z	60.000,00
		2006	...	Z	Z	60.000,00
		Custo total	...	Z	Z	180.000,00
Histórico da Busca da Excelência						
O hospital já adotava algum sistema de garantia da qualidade antes do processo de acreditação ?					Não	
Cronologia e os fatos mais relevantes da jornada do hospital rumo à excelência						
Certificação				Data/ano		
Acreditado com Excelência				11/2004		
Manutenção das certificações						
Acreditado com excelência – ONA - 1ª auditoria de avaliação				11/2005		
Premiações						
-						

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

Observação: Z= zero.

A TAB. 20 apresenta a análise de desempenho do Hospital C, de acordo com as variáveis da Perspectiva Financeira.

TABELA 20
Análise de Desempenho da Perspectiva Financeira – Hospital C

Análise Desempenho			
Ano Correspondente Variáveis	2002 Momento 1	2004 Momento 2	2006 Momento 3
Percentual Despesas com funcionários/colaboradores Contratados	25,23%	28,03% (+11,1%)	22,67% (-15,6%)
Terceirizados	-	-	-
Autônomos (médicos)	-	-	-
Análise		Aumento de 11,1% nas despesas com contratados em relação ao momento 1.	Queda de 15,6% nas despesas com contratados em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com medicamentos (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	...	...	...
Análise	Foram incluídas no percentual de despesas com material médico-hospitalar, porque o hospital não dispõe de dados separados.		
Percentual de despesas com material médico hospitalar (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	25,0%	30,6% (+20,3%)	28,0% (-7,0%)
Análise		Aumento de 20,3% em relação ao momento 1.	Queda de 7,0% em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com contratos de prestação de serviços	N/I	N/I	N/I
Análise			
Percentual receita/ebtida(1)	10%	9,9%	20,3%
Análise		Ligeira queda de 0,1% em relação ao momento.	Aumento de 105% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

Observações:

N/I: Não Informado.

(1) Os dados incluem depreciação.

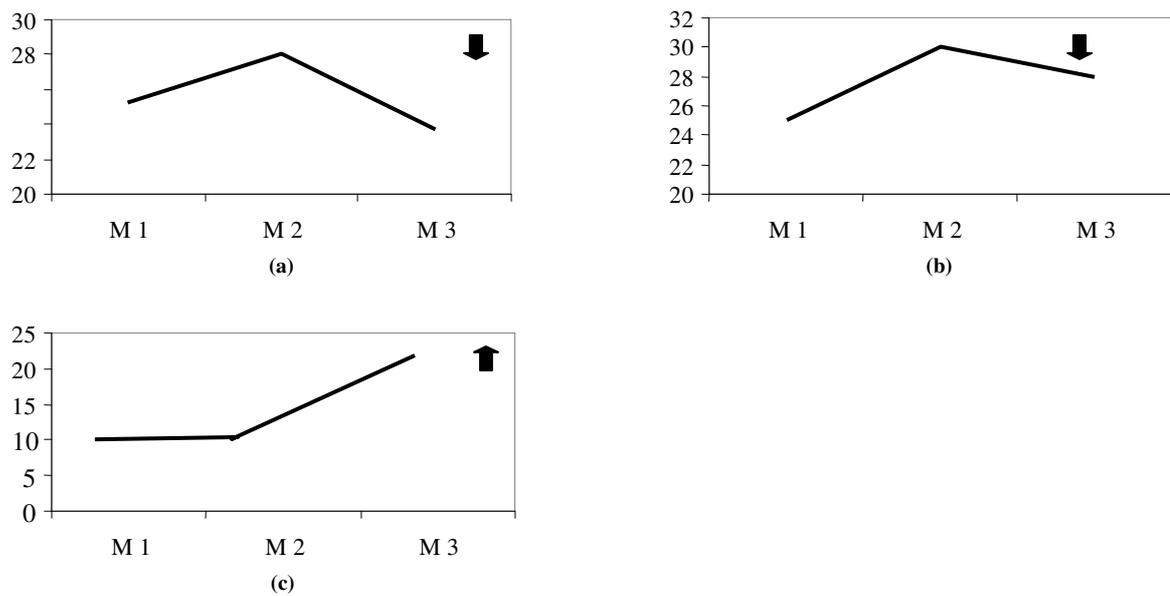


Gráfico 10 - Hospital C: (a) % de despesas com funcionários contratados, (b) % de despesas com material médico-hospitalar e (c) % receita / ebitda.

Na TAB 20 e no GRÁFICO 10 podem ser observados que na Perspectiva Financeira as despesas com funcionários contratados e com material médico-hospitalar tiveram aumento no momento 2, provavelmente em virtude do aumento de leitos e internações nesse período. Houve queda no momento 3.

A TAB. 21 apresenta a análise de desempenho do Hospital C, de acordo com as variáveis da Perspectiva Cliente.

TABELA 21

Análise de Desempenho da Perspectiva Cliente – Hospital C

Análise Desempenho			
Ano correspondente	2002	2004	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Satisfação do cliente externo	84,5%	97,3% (+15,2%)	98,2% (+0,9%)
Análise		Aumento de 15,2% em relação ao momento 1.	Aumento de 0,9% em relação ao momento 2.
Satisfação do cliente interno	71,0%	71,0% (0%)	75,0% (+5,6%)
Análise		Não houve variação em relação ao momento 1.	Aumento de 5,6% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora -2007.

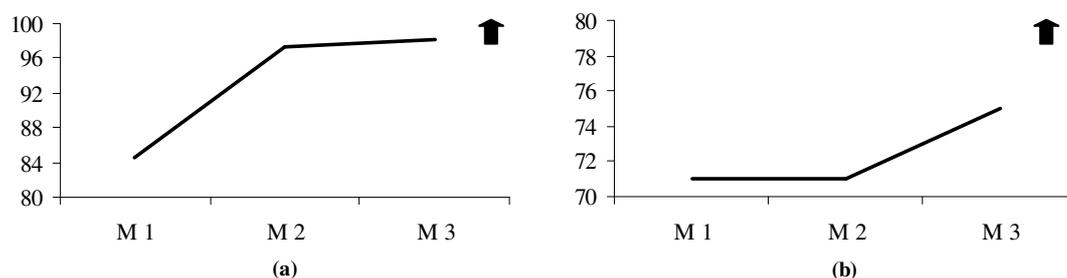


Gráfico 11 – Hospital C: (a) Satisfação do cliente externo, (b) Satisfação do cliente interno.

Na TAB 21 e no GRÁFICO 11 podem ser observados que na Perspectiva Cliente, os dois indicadores tem tendência favorável, apesar da Satisfação do Cliente Interno dos momentos 1 e 2 terem o mesmo valor. O índice de Satisfação do Cliente Externo apresentou aumento de mais de 15% do momento 2 em relação ao momento 1, o que mostra que mesmo com o aumento do número de leitos e internações, o Hospital conseguiu melhorar a qualidade da assistência percebida pelo cliente.

A TAB. 22 apresenta a análise de desempenho do Hospital C, de acordo com as variáveis da Perspectiva Interna.

TABELA 22

Análise de Desempenho da Perspectiva Interna – Hospital C

Análise Desempenho			
Ano correspondente	2002	2004	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Número de internações	7.010	16.413 (+134,1%)	15.991 (-2,6%)
Análise		Aumento de 134,1% em relação ao momento 1. (o número de leitos do hospital aumentou 14,2% nesse período).	Queda de 2,6% em relação ao momento 2.
Número de internações leitos críticos	1.263	3.110 (+146,2%)	2.504 (-19,5%)
Análise		Aumento de 146,2% em relação ao momento 1.	Queda de 19,5% em relação ao momento 2.
Número de internações leitos cirúrgicos	2.681	10.920 (+307,3%)	9.479 (-13,2%)
Análise		Aumento de 307,3% em relação ao momento 1.	Queda de 13,2% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

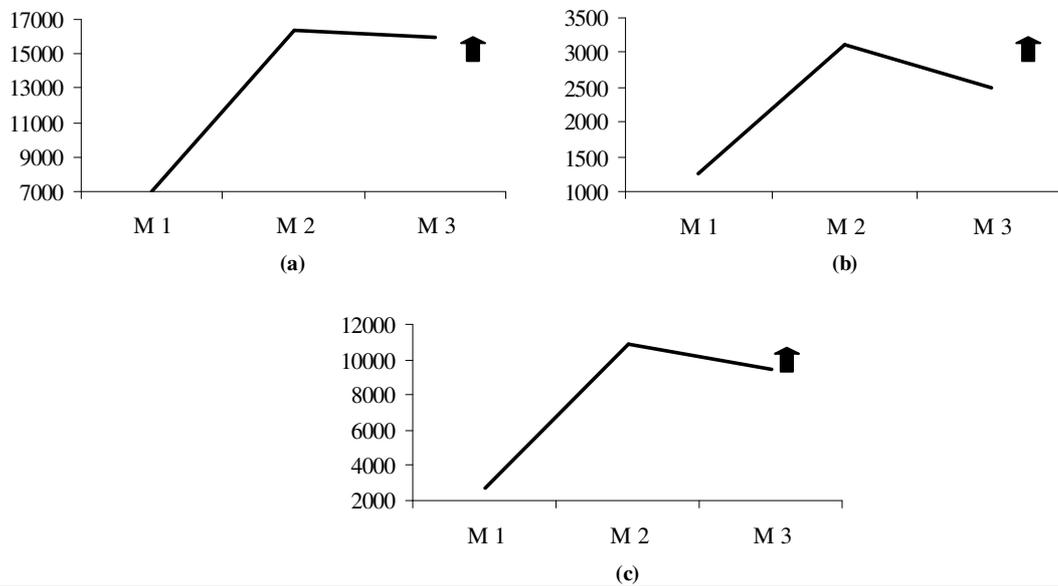


Gráfico 12 - Hospital C: (a) Total de internações, (b) Número de internações em leitos críticos e (c) Número de internações em leitos cirúrgicos.

O Hospital C apresentou aumento de 14% de leitos na transição dos momentos 1 para o 2. Na TAB 22 e no GRÁFICO 12 podem ser observados que em virtude deste aumento o crescimento no número total de internações e de leitos críticos foi maior que 100% e de leitos cirúrgicos maior que 300% e diminuição dos mesmos nos momentos 2 para o 3.

A TAB. 23 apresenta a análise de desempenho do Hospital C, de acordo com as variáveis da Perspectiva Aprendizado e Crescimento.

TABELA 23

Análise de Desempenho da Perspectiva Aprendizado e Crescimento – Hospital C

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2002	2004	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Nº de funcionários / Colaboradores (total)			
Contratados	979	1.015 (+3,7%)	1.114 (+9,8%)
Terceirizados	0	0 (0%)	0 (0%)
Autônomos (médicos)	1.200	1.100 (-8,3%)	1.300 (+18,2%)
Análise		Aumento de 3,7% dos funcionários contratados e queda de 8,3% dos autônomos em relação ao momento 1.	Aumento de 9,8% dos funcionários contratados e de 18,2% dos autônomos em relação ao momento 2.
Taxa de absenteísmo	1,01%	0,98% (-3,0%)	0,96% (-2,0%)
Análise		Queda de 3% em relação ao momento 1.	Queda de 2% em relação ao momento 2.
Taxa de rotatividade	5,23%	3,00% (-42,0%)	3,10% (+3,33%)
Análise		Queda de 42% em relação ao momento 1.	Queda de 3,3% em relação ao momento 2.
Horas de treinamento	1.085	48.720 (+4390%)	53.472 (+9,8%)
Análise		Aumento de 4.390% em relação ao momento 1.	Aumento de 9,8% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

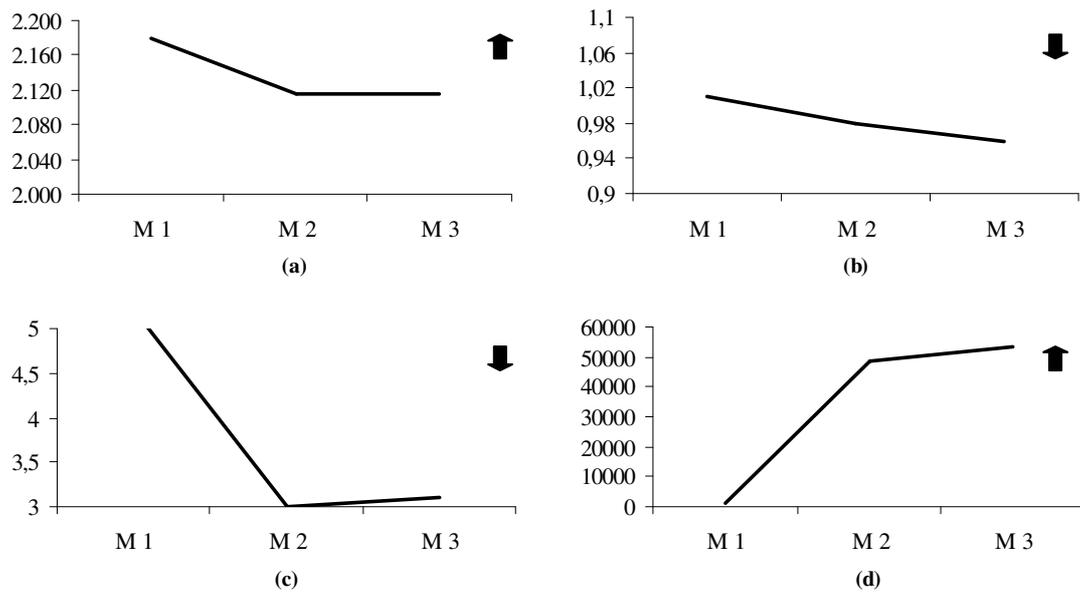


Gráfico 13- Hospital C: (a) Número de funcionários total (soma dos contratados, terceirizados e autônomos), (b) Taxa de absenteísmo, (c) Taxa de rotatividade e (d) Horas de treinamento.

Na TAB 23 e no GRÁFICO 13 podem ser observados que na Perspectiva de Aprendizado e Crescimento o número de funcionários contratados aumentou, enquanto o número de autônomos diminuiu no momento 2 e aumentou no 3.

A taxa de absenteísmo diminuiu apresentando tendência favorável. A rotatividade diminuiu no momento 2 e apresentou pequeno aumento no 3. As horas de treinamento tiveram uma súbita elevação no momento 2 com tendência de crescimento no 3.

7.1.4 Hospital D

A TAB. 24 perfil do hospital apresenta o Hospital D como uma organização privada. O processo de acreditação foi iniciado em 2000, recebendo o título de acreditado em 2003, ou seja, o tempo de duração do processo foi de aproximadamente 03 (três) anos, não podendo precisar se mais ou menos, já que somente os anos foram informados.

Durante os três momentos (2000, 2003 e 2006) houve alteração no número de leitos, correspondendo respectivamente a 4,2% (2000/2003), e 21,3%(2003/2006).

No item relativo aos custos a respondente do Hospital D afirmou da impossibilidade de informar valores específicos para o processo de Acreditação Hospitalar, tanto na categoria de capacitação, estrutura física e equipamentos, utilizando o argumento de que o hospital sempre estabeleceu suas diretrizes no Planejamento Corporativo, fazendo apenas ajustes e

priorizações, para atender, quando necessário, ao processo de Acreditação. No item custo com consultoria, não houve gastos e foi declarado que todo o processo foi desenvolvido pela equipe do hospital.

O Hospital D adotava programa de qualidade ISO desde 1999, no laboratório de patologia clínica e áreas corporativas, sendo certificado ISO 9002 em agosto de 1999. A manutenção das certificações ISO 9001 e “acreditado com excelência”, ocorreu nos anos de 2002 e 2005 para ISO e 2006 para a acreditação. Apresentava a adoção de política da qualidade setorizada, anterior ao processo de acreditação,

TABELA 24

Perfil do Hospital D						
Descrição da Instituição						
Organização jurídico-institucional			Hospital privado			
Etapas		Momento 1	Momento 2	Momento 3		
Ano correspondente		2000	2003	2006		
Número de leitos (total)		374	390	473		
SUS		283	289	337		
Saúde suplementar		91	101	136		
Etapas do Processo de Acreditação						
Custos Estimados por Categoria (em R\$)						
A	B	Nível de	C	D	E	F(1)
Data de início processo	Data de certificação acreditado	acreditação/ ano	Capacitação	Equipamentos	Área física	Consultorias
	
2000	2003	...	...	...	...	...
		Custo total	...	...	...	...
Histórico da busca da excelência						
O hospital já adotava algum sistema de garantia da qualidade antes do processo de acreditação?					Sim Certificação ISO 9002 laboratório de patologia clínica - 1999.	
Cronologia e os fatos mais relevantes da jornada do hospital rumo à excelência						
Certificação			Data/ano			
ISO 9002 - laboratório de patologia clínica			Agosto de 1999			
Acreditado com excelência" pela ONA			Julho de 2003			
Manutenção das certificações						
ISO 9001 - laboratório de patologia clínica			Agosto de 2002			
ISO 9001 - laboratório de patologia clínica			Agosto de 2005			
Acreditado com Excelência" pela ONA.			Julho de 2006			
Premiações						
-						

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007

Observação: Utilizaram equipe própria.

A TAB. 25 apresenta a análise de desempenho do Hospital D, de acordo com as variáveis da Perspectiva Financeira.

TABELA 25

Análise de Desempenho da Perspectiva Financeira – Hospital D

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2000	2003	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Percentual despesas com funcionários / colaboradores			
Contratados	42,77%	32,75% (-31,7%)	33,11% (+1,1%)
Terceirizados	-	-	-
Autônomos (médicos)	22%	17% (-22,7%)	17% (0%)
Análise		Queda de despesas com contratados (31,7%) e autônomos (22,7%) em relação ao momento 1.	Aumento de despesas com contratados (1,1%) em relação ao momento 2. O percentual de despesas com terceirizados se manteve.
Percentual de despesas com medicamentos (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	4,45%	7,38% (+65,8%)	7,32% (-0,8%)
Análise		Aumento de 65,8% em relação ao momento 1.	Queda de 0,8% em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com material médico hospitalar (informação relativa ao percentual da receita bruta de vendas)	7,77%	12,9% (+65,8%)	14,3% (+10,8%)
Análise		Aumento de 65,8% em relação ao momento 1.	Aumento de 10,8% em relação ao momento 2.
Percentual de despesas com contratos de prestação de serviços	4,5%	4,3% (-4,7%)	4,83% (+12,3%)
Análise		Queda de 4,7% em relação ao momento 1.	Aumento de 12,3% em relação ao momento 2.
Percentual receita/ebtida	-4,24%	-4,03% (+4,45%)	14,18% (+451,9%)
Análise		Aumento de 4,45% em relação ao momento 1.	Aumento de 451,9% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

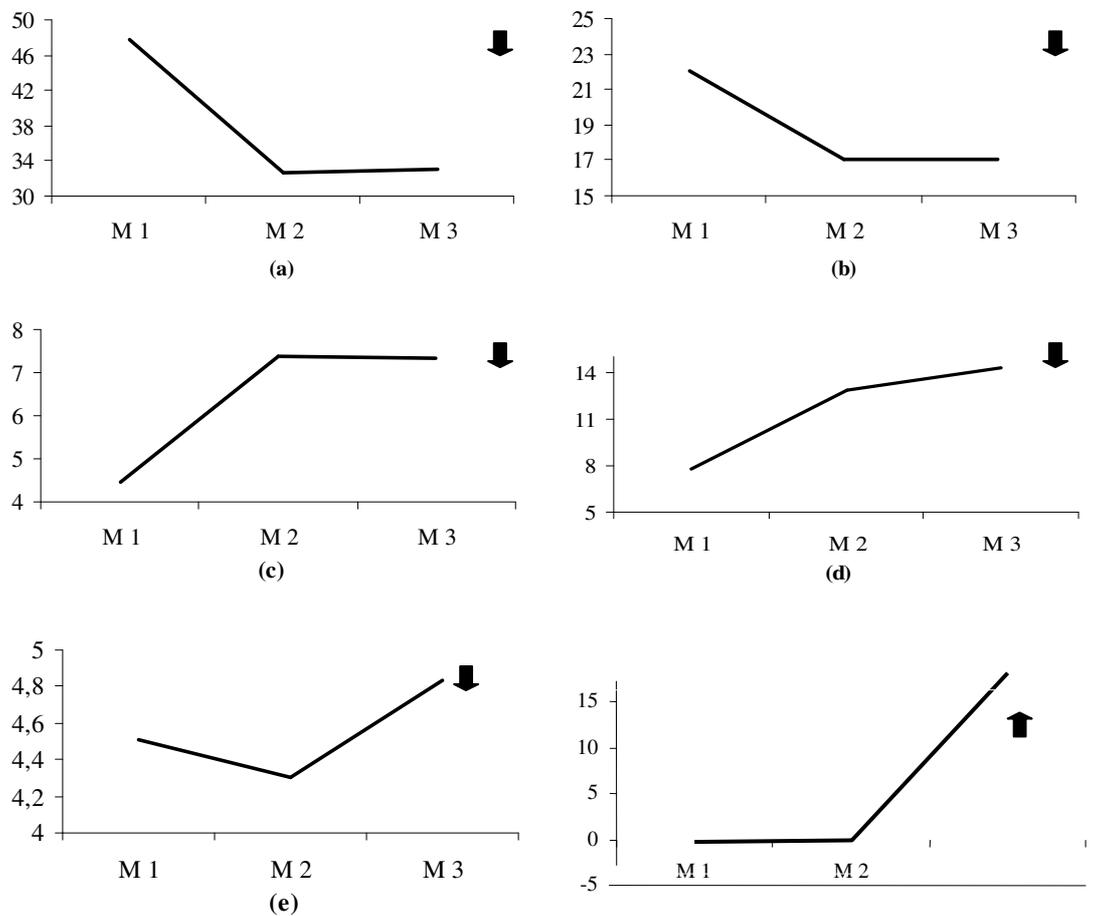


Gráfico 14 – Hospital D: (a) % de despesas com funcionários contratados, (b) % de despesas com funcionários autônomos, (c) % de despesas com medicamentos, (d) % de despesas com material médico-hospitalar, (e) % de despesas com contratos de prestação de serviços e (f) % receita / ebitda.

Na TAB 25 e no GRÁFICO 14 podem ser observados que na Perspectiva Financeira os indicadores percentual de despesas com medicamentos e com material médico-hospitalar tiveram elevação do momento 1 para o momento 2, apresentando tendência crescente. O indicador percentual de despesas com contratos de prestação de serviços apresentou diminuição no momento 2 e aumentou novamente no 3.

O percentual Receita/Ebitda teve um salto considerável do momento 2 para o 3 e conseguiu sair do negativo.

A TAB. 26 apresenta a análise de desempenho do Hospital D, de acordo com as variáveis da Perspectiva Cliente.

TABELA 26
Análise de Desempenho da Perspectiva Cliente – Hospital D

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2000	2003	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Satisfação do cliente externo	87%	90% (+3,5%)	91% (+1,1%)
Análise		Aumento de 3,5% em relação ao momento 1.	Aumento de 1,1% em relação ao momento 2.
Satisfação do cliente interno	71%	74% (+4,2%)	83% (+12,2%)
Análise		Aumento de 4,2% em relação ao momento 1.	Aumento de 12,2% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

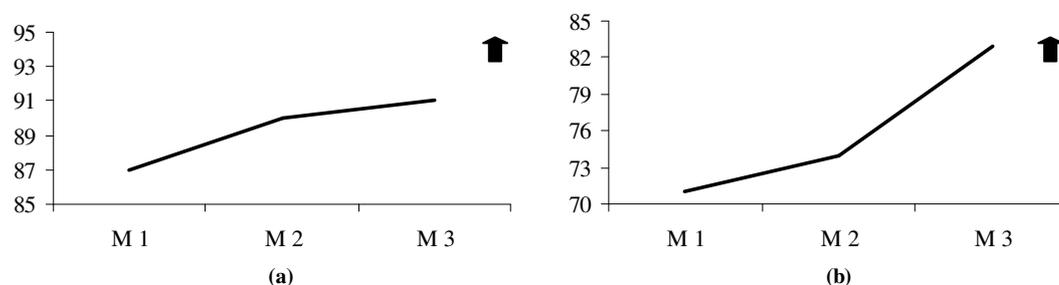


Gráfico 15 – Hospital D: (a) Satisfação do cliente externo, (b) Satisfação do cliente interno.

Na TAB 26 e no GRÁFICO 15 podem ser observados que na Perspectiva de Mercado e Clientes, segundo a orientação, os dois indicadores têm tendência favorável. A satisfação do cliente interno teve um salto considerável do momento 2 para o 3.

A TAB. 27 apresenta a análise de desempenho do Hospital D, de acordo com as variáveis da Perspectiva Interna.

TABELA 27

Análise de Desempenho da Perspectiva Interna – Hospital D.

Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2000	2003	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Total de internações	24.865	26.628 (+7,1%)* Aumento de 7,1% em relação ao momento 1.	28.146 (+5,1%) Aumento de 5,1% em relação ao momento 2.
Análise			
Número de internações leitos críticos (UTI adulto e UTI NEO/PED.)	194	286 (+47,4%) Aumento de 47,4% em relação ao momento 1.	699 (+144,4%) Aumento de 144,4% em relação ao momento 2.
Análise			
Número de internações leitos cirúrgicos	3.811	4.033 (+5,8%) Aumento de 5,8% em relação ao momento 1.	4.337 (+7,5%) Aumento de 7,5% em relação ao momento 2.
Análise			

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

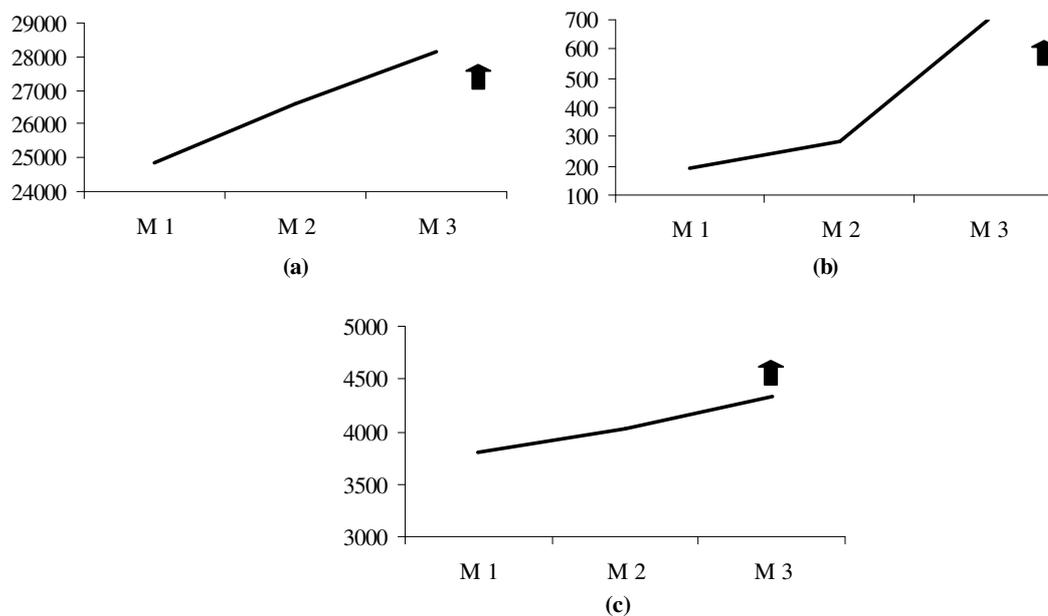


Gráfico 16 – Hospital D: (a) Total de internações, (b) Número de internações em leitos críticos e (c) Número de internações em leitos cirúrgicos.

Na TAB 27 e no GRÁFICO 16 podem ser observados que na Perspectiva Interna, o resultado desejado seria um aumento de demanda por serviços do Hospital D após a implantação do processo de acreditação. Os três indicadores apresentaram tendência crescente, e merecem destaque as internações em leitos críticos que tiveram aumento de quase 50% do momento 1 para o 2. Houve nesse mesmo período aumento do número de leitos em 4%.

A TAB. 28 apresenta a análise de desempenho do Hospital D, de acordo com as variáveis da Perspectiva Aprendizado e Crescimento.

TABELA 28

Análise de Desempenho da Perspectiva Aprendizado e Crescimento – Hospital D			
Análise Desempenho			
Ano Correspondente	2000	2003	2006
Variáveis	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Número de funcionários / Colaboradores (total) contratados	1.249	1.327 (+6,2%)	1.770 (+33,4%)
Terceirizados	-	-	-
Autônomos (médicos)	136	154 (+13,2%)	207 (+34,4%)
Análise		Aumento em relação ao momento 1 de 6,9% do número de funcionários contratados e de 13,2% dos autônomos.	Aumento do número de funcionários contratados e dos autônomos em relação ao momento 2, de respectivamente, 33,4 e 34,4%.
Taxa de absenteísmo	1,55%	3,81% (+45,8%)	2,94% (-22,8%)
Análise		Aumento de 45,8% em relação ao momento 1.	Queda de 22,8% em relação ao momento 2.
Taxa de rotatividade	0,83%	1,67% (+101,2%)	0,93% (-22,8%)
Análise		Aumento de 101,2% em relação ao momento 1.	Queda de 22,8% em relação ao momento 2.
Horas de treinamento	42.429	72.759 (+56,7%)	102.534 (+40,9%)
Análise		Aumento de 56,7% em relação ao momento 1.	Aumento de 40,9% em relação ao momento 2.

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

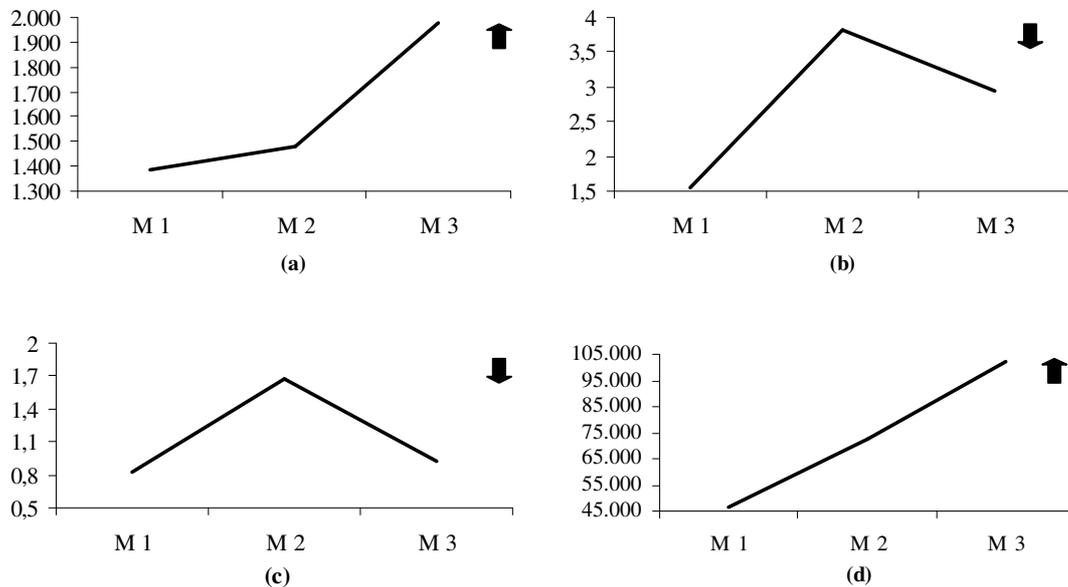


Gráfico 17 – Hospital D: (a) Número de funcionários total (soma dos contratados, terceirizados e autônomos), (b) Taxa de absenteísmo, (c) Taxa de rotatividade e (d) Horas de treinamento.

Na TAB 28 e no GRÁFICO 17 podem ser observados que na Perspectiva de Aprendizado e Crescimento o número de funcionários contratados e autônomos aumentou, e houve um salto do número total de funcionários do momento 2 para o 3. A taxa de absenteísmo teve aumento no momento 2, e caiu no momento 3. A rotatividade apresentou aumento no momento 2 e se recuperou, caindo no momento 3. Já as horas de treinamento tiveram uma forte tendência de crescimento, aumentando no mínimo 40% de um momento para o outro.

7.2 Análise das instituições

A TAB. 29 apresenta a tendência dos resultados por hospital e por variável. Para os Hospitais A, B e D foram aplicáveis 15 variáveis, sendo coincidentes as que não se aplicavam dos Hospitais A e B. Ao Hospital C foram aplicáveis 12 variáveis.

O maior percentual de avaliações positivas foi do Hospital D. Os percentuais dos Hospitais A e B foram idênticos, com diferença nos resultados das variáveis. O Hospital C apresentou o menor índice de avaliações com tendência positiva.

TABELA 29
Tendência dos resultados das variáveis analisadas por hospital

Nº do indicador	Orientação de análise	Indicadores	Hospitais			
			A	B	C	D
1	↑	Total de internações	-	+	-	+
2	↑	Número de internações em leitos críticos	+	+	-	+
3	↑	Número de internações em leitos cirúrgicos	-	+	-	+
4	↑	Satisfação do cliente externo	+	+	+	+
5	↑	Satisfação do cliente interno	+	+	+	+
6	↑	Nº total de funcionários	+	+	-	+
7	↓	Taxa de absenteísmo	-	-	+	-
8	↓	Taxa de rotatividade	+	+	-	-
9	↑	Horas de treinamento	-	-	+	+
10	↓	% despesas com funcionários contratados	-	-	-	-
11	↓	% despesas com funcionários terceirizados	-	-	NSA	NSA
12	↓	% despesas com funcionários autônomos	NSA	NSA	NSA	+
13	↓	% despesas com medicamentos	+	-	NSA	-
14	↓	% despesas com material médico-hospitalar	-	-	-	-
15	↓	% despesas com contratos de prestação de serviços	+	-	NSA	-
16	↑	% receita – Ebitda	+	+	+	+
Número de variáveis aplicáveis			15	15	12	15
Total de avaliações positivas			8 (53%)	8 (53%)	5 (42%)	9 (60%)

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007

Observação: NSA: Não se aplica.

Na TAB. 29 de perfil institucional os hospitais A e D disponibilizam leitos para pacientes SUS, saúde suplementar e particulares. Os hospitais B e C para saúde suplementar e particulares. O Hospital C apresentou aumento de leitos no momento 2 e o Hospital D nos momentos 2 e 3. Nos hospitais A e B o número de leitos não foi alterado.

TABELA 30
Perfil institucional, por hospital e momento de análise

Indicador	Momento	Hospitais			
		A	B	C	D
Número total de leitos	1	265	110	218	374
	2	265 (0%)	110	249 (14,2%)	390 (4,2%)
	3	265 (0%)	110	249 (0%)	473 (21,2%)
Número de leitos - SUS	1	69 (0%)	-	-	283
	2	69 (0%)	-	-	289 (2%)
	3	69 (0%)	-	-	337 (16,6%)
Número de leitos – Saúde suplementar	1	196 (0%)	110	218	91
	2	196 (0%)	110	249 (14,2%)	101 (11%)
	3	196(0%)	110	249 (0%)	136 (34,5%)

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

A TAB. 31 apresenta os custos com investimentos, por período e hospital.

TABELA 31
Custos em R\$ com investimentos, por hospital e momento de análise.

Item	Momento	Hospitais			
		A	B	C	D
Capacitação	1	1.244.387,45	1.572,00	N / D	Z
	2	1.365.967,94 (9,8%)	14.048,64 (893,64%)	N / D	Z
	3	1.324.355,45 (-3%)	14.912,98 (6,2%)	N / D	Z
Equipamentos	1	439.287,85	Z	Z	Z
	2	450.405,53 (2,5%)	Z	Z	Z
	3	381.287,58 (-15,3%)	Z	Z	Z
Área Física	1	Z	Z	Z	Z
	2	Z	Z	Z	Z
	3	Z	Z	Z	Z
Consultorias	1	322.000,00	96.000,00	60.000,00	Z
	2	410.000,00 (27,3%)	96.000,00	60.000,00	Z
	3	295.000,00 (-28,4%)	96.000,00	60.000,00	Z

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2007.

Observações:

N / I: Não informado, N / D: Não disponível, Z = zero.

A TAB. 31 demonstra que os Hospitais A e B tiveram gastos com capacitação em valores de grandeza bastante distintos. O Hospital C não disponibilizou a informação e o Hospital D desenvolveu o processo de capacitação através de seus recursos humanos internos.

Em relação à equipamentos o Hospital A foi o único que apresentou valores podendo ser observado aumento no momento 2 e diminuição 3.

Os Hospitais A, B, C e D não fizeram investimentos em área física para atender aos requisitos do processo de acreditação, demonstrando apresentarem antes do início do processo condições favoráveis de estrutura.

Quanto aos custos com consultoria, o Hospital A apresentou elevação no momento 2 e queda no 3; o Hospital B crescimento nos momentos 2 e 3; Hospital C não apresentou alteração nos custos com consultoria nos períodos estudados e o Hospital D relatou que não ter havido gastos.

A TAB.32 apresenta os percentuais de avaliação positivas por somatório de variáveis e Perspectiva do BSC.

TABELA 32
Percentuais de avaliações positivas segundo a orientação de
análise por perspectivas e hospitais.

Perspectivas	Hospitais			
	A	B	C	D
Financeira (01 variável resultado financeiro: Ebtida)	100%	100%	100%	100%
(6 variáveis de despesas)	40%	0%	0%	20%
Cliente (2 variáveis)	100%	100%	100%	100%
Interna (3 variáveis)	33%	100%	0%	100%
Aprendizado e Crescimento (4 variáveis)	50%	50%	50%	50%

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

Na Perspectiva Financeira a variável Ebtida foi separada (TAB. 34), por ser indicador final de resultado, sendo as demais variáveis, itens de despesas. Todos os hospitais apresentaram tendência satisfatória neste item.

O percentual de avaliações favoráveis, itens de despesas, de melhor resultado foi do Hospital A, seguido do Hospital D. Os Hospitais B e C não apresentaram resultado com tendência favorável, neste item.

Na Perspectiva Cliente os quatro hospitais apresentaram tendência favorável.

Na Perspectiva Interna os Hospitais B e D apresentaram todas as três variáveis com tendência positiva e o Hospital A uma variável e o Hospital C nenhuma.

Na Perspectiva Aprendizado e Crescimento os hospitais tiveram metade das variáveis com tendência favorável.

A TAB. 33 apresenta de acordo com as variáveis da Perspectiva Financeira, informações por hospital e momento e as médias das variáveis dos três momentos.

TABELA 33

Informações e médias por momentos das variáveis por hospital, Perspectiva Financeira.

Variável	Momento	Hospital			
		A	B	C	D
% Receita / Ebitda	1	7,40	-80,18	10	-4,24
	2	10,40	-41,51	9,9	-4,03
	3	11,00	-9,46	20,3	14,18
Média dos momentos		9,60	-43,72	13,4	1,97
% de despesas com funcionários / colaboradores contratados	1	30,02	37,06	25,23	47,77
	2	28,36	32,71	28,03	32,75
	3	30,74	35,24	23,67	33,11
Média dos momentos		29,71	35,00	25,64	37,88
% de despesas com funcionários / colaboradores terceirizados	1	0,61	-	-	-
	2	0,51	7,25	-	-
	3	0,53	7,45	-	-
Média dos momentos		0,55	7,35	-	-
% de despesas com funcionários colaboradores contratados e terceirizados	1	30,63	37,06	-	-
	2	28,87	40,16	-	-
	3	31,27	42,59	-	-
Média dos momentos		30,25	39,93	-	-
% de despesas com funcionários / colaboradores autônomos	1	0,00	-	-	22,00
	2	0,00	6,50	-	17,00
	3	0,00	5,76	-	17,00
Média dos momentos		0,00	6,13	-	18,67
% de despesas com medicamentos	1	6,50	4,38	(1)	4,45
	2	6,10	5,62	(1)	7,38
	3	5,90	5,95	(1)	7,32
Média dos momentos		6,17	5,32	-	6,38
% de despesas com material médico-hospitalar	1	25,80	7,02	24,98	7,77
	2	25,20	8,83	30,06	12,88
	3	25,80	10,62	27,97	14,27
Média dos momentos		25,60	8,82	27,67	11,64
% de despesas com contratos de prestação de serviços	1	2,40	12,20	N/I	-
	2	2,35	7,25	N/I	-
	3	2,12	7,50	N/I	-
Média dos momentos		2,29	8,98	-	-

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2008.

Observações:

N/I: Não Informado.

(1) Estão incluídos material médico hospitalar e medicamentos. O Hospital não dispõe de dados de despesas separados.

A TAB. 34 apresenta de acordo com as variáveis da Perspectiva Interna, informações por hospital e momentos e as médias das variáveis dos três momentos.

TABELA 34
Informações e médias por momentos das variáveis por hospital, Perspectiva Interna e Perfil.

Variável	Momento	Hospital			
		A	B	C	D
Número de leitos – SUS	1	69	-	-	283
	2	69	-	-	289
	3	69	-	-	337
Média dos momentos		69	-	-	303
Número de leitos – Saúde Suplementar	1	196	110	218	91
	2	196	110	249	101
	3	196	110	249	136
Média dos momentos		196	110	239	109
% de internações em leitos cirúrgicos	1	65	70	38	15
	2	65	89	67	15
	3	65	89	59	15
Média dos momentos		65	83	55	15
% de internações em leitos críticos	1	24	6	18	0,78
	2	28	5	19	1,07
	3	28	7	16	2,48
Média dos momentos		27	6	18	1,44
Número de internações por leito/ano	1	52,61	30,10	32,16	66,48
	2	49,52	59,70	65,92	68,28
	3	50,38	81,77	64,22	59,51
Média dos momentos		50,84	57,19	54,10	64,76

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2008.

A TAB. 34 demonstra que os Hospitais A e D apresentaram constância do percentual de internações em leitos cirúrgicos nos momentos. Embora o Hospital D tenha aumentado o número de leitos no momento 2 e momento 3, não houve impacto no percentual de internações em leitos cirúrgicos. O Hospital B aumentou em 19% o percentual de internações em leitos cirúrgicos no momento 2, mantendo o percentual no momento 3. O Hospital C, apresentou aumento de 29% do percentual de internações em leitos cirúrgicos no momento 2 e diminuição de 8% no 3. O Hospital B apresenta a maior média do percentual de internações em leitos cirúrgicos das etapas analisadas e a menor o Hospital D.

O Hospital A apresentou aumento de 4% de internações em leitos críticos no momento 2 e manteve-se no 3. O Hospital B apresentou diminuição de 1% no momento 2 e aumento de 2% no 3. O Hospital C aumentou 1% no momento 2 e queda de 3% no 3. O Hospital D apresentou aumento de 0,29% no momento 2 e 1,41% no momento 3. O maior percentual de internações em leitos críticos ocorreu no Hospital A e a menor no Hospital D.

O número de internações por leito/ano considerando os momentos 1 e 2, ou seja a data de início do processo e a data de certificação respectivamente, apresentou elevação nos Hospitais B,C e D e queda no Hospital A. No ano de 2006 os Hospitais A e B apresentaram elevação e os Hospitais C e D queda. A maior média dos três momentos foi do Hospital D e a menor do Hospital A. Houve aumento de eficiência da ocupação dos leitos durante o desenvolvimento do processo de acreditação.

A TAB. 35 apresenta de acordo com as variáveis da Perspectiva Aprendizado e Crescimento, informações por hospital e momentos e as médias das variáveis dos três momentos.

TABELA 35
Informações e médias por momentos das variáveis por hospital, Perspectiva Aprendizado e Crescimento.

Variável	Momento	Hospital			
		A	B	C	D
Número de funcionários contratados por leito	1	4,13	1,98	4,49	3,34
	2	4,14	5,31	4,08	3,40
	3	4,19	5,68	4,47	3,74
Média dos momentos		4,15	4,32	4,35	3,49
Número de funcionários contratados e terceirizados por leito	1	4,15	1,98	Z	Z
	2	4,16	6,3	Z	Z
	3	4,20	6,6	Z	Z
Média dos momentos		4,17	4,96	Z	Z
Taxa de absenteísmo (%)	1	1,13	7,4	1,01	1,55
	2	1,39	8,3	0,98	3,81
	3	1,33	8,2	0,96	2,94
Média dos momentos		1,28	7,97	0,98	2,77
Taxa de rotatividade (%)	1	1,48	28,44	5,23	0,83
	2	1,44	28,19	3,00	1,67
	3	1,44	17,82	3,10	0,93
Média dos momentos		1,45	24,82	3,78	1,14
Horas de treinamento por funcionário	1	57,85	12,92	0,49	33,52
	2	52,59	19,43	23,03	49,13
	3	55,46	14,10	22,15	51,86
Média dos momentos		55,30	15,48	15,22	44,84
Investimento em capacitação por colaborador (em R\$)	1	873,86	6,93	N/I	Z
	2	924,20	20,27	N/I	Z
	3	887,04	20,34	N/I	Z
Média dos momentos		895,03	15,84	N/I	Z

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2008.

Observações: N/I – Não informados. Z = zero.

A TAB. 35 demonstra que a menor média e índice de funcionários contratados por leito, é do Hospital D. O Hospital B apresentou no momento 3 o maior número de funcionários por leito.

Observou-se que com exceção do Hospital B, durante o processo de implementação da acreditação (momento 2) e em 2006 (momento 3) que não houve alteração significativa dessa relação.

No ano de 2006, a diferença entre a relação de funcionários por leito, sem terceirizados e com terceirizados apresentou maior impacto no Hospital B, 0,92 funcionários terceirizados/leito. No Hospital A esta diferença foi de 0,01.

As taxas de rotatividade e absenteísmo apresentaram índices elevados no Hospital B. A menor média do absenteísmo foi no Hospital C. Os índices de absenteísmo foram heterogêneos, podendo-se observar que o processo de acreditação não proporcionou nesta variável um comportamento padrão nos hospitais.

O comportamento dos índices relativos às horas de treinamento por colaborador foram similares nos Hospitais B e C, apresentaram aumento no momento 2 e queda no 3; o Hospital A com maior índice de horas por colaborador, apresentou diminuição no momento 2 e aumento no 3, sem no entanto retornar ao patamar de horas por colaborador do momento 1 e o hospital D apresentou crescimento nos momentos 2 e 3. Os hospitais adotaram a estratégia de treinamentos dos funcionários colaboradores, entretanto não houve padrão quanto ao número médio de horas por funcionário colaborador.

TABELA 36

Consolidado das variáveis no período

Hospital	A	B	C	D
Início do Processo	2004	2004	2001	2000
Ebtida	49%	747%	100%	119%
Porcentagem despesas funcionários	2%	- 5%	- 6%	- 31%
Material/medicamentos	0	51%	12%	83,65%
Internações	- 4%	172%	228%	13%
Leitos Críticos	13%	239%	98%	260%
Leitos Cirúrgicos	- 4%	243%	253%	14%
Porcentagem de internações leito/ano	- 4%	172%	100%	- 10%
Inflação	27,7%	27,7%	57,3%	64,7%
Rotatividade	- 3%	- 37%	- 40%	12%
Absenteísmo	18%	11%	- 5%	89%

Fonte: TAB. elaborada pela autora – 2008.

8 DISCUSSÃO

8.1 Desempenho dos hospitais e a literatura sobre o assunto

Dos quatro hospitais que participaram deste estudo, nenhum informou ter despendido mais de três anos para a obtenção da certificação.

Malik & Teles (2001) fizeram um estudo com 97 organizações hospitalares de São Paulo, para identificar hospitais com programas de qualidade. A iniciativa de qualidade foi afirmada por 22 hospitais (23%) e o tempo de implantação não foi superior a três anos.

8.1.1 *Perspectiva financeira*

Rooney & Ostenber (1999), afirmam que um dos objetivos da acreditação é reduzir os custos dos cuidados da saúde, aumentando a eficiência e efetividade dos serviços.

Donahue et alii (2000), apresentam os padrões como um dos fatores facilitadores da acreditação. Segundo Donahue et alii (2000), os padrões formam uma estrutura que ajuda as instituições a melhorarem continuamente o seu desempenho.

Kaplan & Norton (2004), afirmam que o Ebitda expressa a soma vetorial dos diversos objetivos/metast. Os objetivos e perspectivas são estabelecidos para que a organização aumente seus resultados. Se o ganho econômico for acompanhado do aumento da satisfação do cliente há grande possibilidade de sustentabilidade.

Os hospitais A, B, C e D apresentaram tendência favorável nas perspectivas financeira e cliente, confirmando as afirmativas dos autores, Rooney & Ostenber, (1999), Donahue et alii (2000) e Kaplan & Norton (2004).

A TAB. 37 apresenta uma síntese extraída do Balanço Anual de 2006, de uma amostra de 100 (cem) hospitais - exercício 2005.

TABELA 37

Percentual médio do Ebitda hospitais – Brasil, 2005

Região	Média
Sudeste (1)	7,33%

Fonte: PROAHSa – Gazeta Mercantil, Balanço Anual de 2006, correspondente ao ano de 2005.

Observação:

Não incluído o Estado de Espírito Santo.

Os resultados do Ebitda dos hospitais A, B, C e D apresentaram tendência positiva. (TAB.32). A maior Média do período foi a do Hospital C com 13,4%. (TAB.33).

O Ebitda de 7,33% (TAB. 37) correspondente ao valor médio dos hospitais da região Sudeste, é inferior aos percentuais de 11% do Hospital A, de 20,3% do Hospital C e de 14,18% do Hospital D (TAB.33). O Hospital B apresentou ebitda negativo, entretanto com tendência positiva.

A avaliação do Ebitda, compreendendo todo o período, mostrou que o desempenho dos hospitais foi diferente. A melhora da eficiência financeira no Hospital A foi de 49%, no Hospital B de 747%, no Hospital C de 100% e no Hospital D de 119%, sugerindo que o processo de acreditação tenha contribuído para o aumento dos resultados financeiros destes hospitais.

Os índices inflacionários permitem avaliar de forma mais aprofundada o resultado financeiro. (TAB 38).

O Hospital D iniciou o processo de acreditação em 2000 e a inflação acumulada do período foi de 64,7%. O Hospital C iniciou em 2001 e a inflação do período foi de 57,3%. Os hospitais A e B iniciaram em 2004 e a inflação do período foi de 27,7%. Considerando os índices inflacionários (TAB.38), os hospitais apresentaram desempenho financeiro em condições para absorver os reajustes decorrentes destes índices e de gerar superávit financeiro com percentuais acima da média brasileira.

TABELA 38

Composição dos custos hospitalares, 2005 e inflação do período - Brasil

Descrição	Média Geral
Pessoal	49,8%
Consumo de Materiais	30,4%
Custos e Despesas Gerais	19,8%
Total	100%
Inflação 2000-2006	64,7%
Inflação 2001-2006	57,3%
Inflação 2004-2006	27,7%

Fonte: PROAHSA, 2005 e FIPE 2001/2006

Observação: A média geral compreende hospitais públicos e privados com e sem fins lucrativos e inflação saúde.

A média das despesas com funcionários (TAB. 33) apresentou variação de 25,64% (Hospital C) a 39,93% (Hospital B). De uma amostra de 30 hospitais da região Sudeste (São Paulo,

Minas Gerais e Rio de Janeiro) do ano de 2005 (TAB. 38), a média geral foi de 49,8%, superior aos índices dos quatro hospitais estudados.

A inflação de custos da saúde tem como um de seus componentes os reajustes salariais. Outra variável que contribui para o aumento dos custos é o crescimento desproporcional de internações de sub-população criticamente enferma em alguns hospitais. O Hospital B apresentou aumento de 239% de internações em leitos críticos e 243% em cirúrgicos. No Hospital C o aumento foi de 98% em leitos críticos e 253% em cirúrgicos. No Hospital D houve aumento do número de leitos e de internações, correspondendo a 260% em leitos críticos e 14% em leitos cirúrgicos. (TAB.36).

Os hospitais apresentaram desempenho gerencial com capacidade de assumir os reajustes salariais oriundos da inflação e o aumento de custo pelo uso mais intenso de mão de obra. Conseguiram uma redução do custo com mão de obra por real faturado com evidência de aumento de eficiência. Não se observou conseqüências para os colaboradores, considerando que as pesquisas do cliente interno apresentaram ao longo do período índices de aumento da satisfação, demonstrando ganho de eficiência.

Os custos dos hospitais com materiais (TAB.33) ficaram abaixo da média brasileira de 30,4% (TAB.38). No Hospital C os custos incluíram os medicamentos.

O percentual de despesas com material médico hospitalar no período, demonstrou que no Hospital A o custo permaneceu sem alteração, mesmo com o aumento de 13% nas internações em leitos críticos e diminuição de 4% nas internações cirúrgicas. (TAB.36).

O Hospital B apresentou aumento de 51% no gasto com material, supostamente em decorrência do aumento das internações críticas (239%) e cirúrgicas (243%). (TAB.36).

No Hospital C este aumento foi de 12% e da mesma forma possivelmente ocasionado pelo aumento de internações em leitos críticos (98%) e cirúrgicos (253%). (TAB.36).

O Hospital D apresentou aumento de 83,65% possivelmente ocasionado pelo aumento de leitos e de internações, principalmente em leitos críticos (260%) e também em leitos cirúrgicos (14%). (TAB.36).

No componente de materiais e medicamentos, o aumento de custo nos hospitais foi menor em comparação à inflação do período. Os hospitais apresentaram desempenho gerencial com condições de minimizar os impactos inflacionários e os decorrentes das mudanças na diversidade de pacientes atendidos para sub-populações com maior consumo que aquelas do início do estudo.

A melhoria de eficiência na utilização de materiais e recursos humanos é importante componente na determinação do aumento de Ebtida.

8.1.2 Perspectiva cliente

A empresa é uma sociedade que deve garantir a satisfação dos que nela trabalham e compartilhar um conjunto de valores para orientação ao alcance dos objetivos econômicos. TACHIZAWA (2006, cap. 1).

Os hospitais A, B, C e D apresentaram índices positivos e crescentes na pesquisa de satisfação dos clientes internos e externos e tendência favorável nos indicadores financeiros, confirmando a afirmativa de Tachizawa (2006).

Rodrigues (2004) afirma que no processo de acreditação a avaliação pode ocorrer interna ou externamente. A avaliação interna pode ser usada como estratégia para conscientizar os profissionais sobre a importância da melhoria da qualidade no processo de trabalho e promover uma cultura voltada para a aprendizagem com o estabelecimento de prioridades no planejamento das ações.

Rooney & Ostenber (1999) aponta que a acreditação fortalece a confiança do público na qualidade dos cuidados à saúde.

As variáveis de satisfação dos clientes internos e externos dos 04 hospitais apresentaram tendências favoráveis e com alguns índices próximos a 100% (cliente externo), confirmando as afirmativas de Rodrigues (2004) e Rooney & Ostenber (1999). Constatado também pela argumentação de Donahue (2000) de que a acreditação apresenta como propósito o fortalecimento da confiança da população.

O aumento da satisfação é oriundo da capacidade da organização de saúde em atender os requisitos do cliente. Estes indicadores de resultados são uma medida indireta do aumento da eficácia dos processos.

8.1.3 Perspectiva interna

As afirmações de Rooney & Ostenber (1999) de que a acreditação por ser um processo, reflexivo, revela novas maneiras de perceber e atuar sobre problemas da instituição. E de

Donahue (2000) de que a acreditação aperfeiçoa a administração dos serviços de saúde. Os hospitais apresentaram tendência favorável no número de internações, índices financeiros e de satisfação do cliente interno e externo.

O Hospital A, com certificação ISO 9000, apresentou uma variável positiva e duas com tendência negativa. Apenas um dos hospitais não apresentou no conjunto, variáveis com tendência positiva. (TAB.29).

O número de internações por leito/ano considerando o período apresentou aumento de 172% no Hospital B e de 100% no Hospital C e diminuição de 4% no Hospital A e de 10% no Hospital D. (TAB.34).

Os hospitais B e C apresentaram melhoria de eficiência na utilização dos leitos.

O número de internações por leito é determinado pela gravidade da doença e pela capacidade gerencial e operacional de resolver as necessidades de seus pacientes com rapidez. Pacientes criticamente enfermos possuem média de permanência maior, o que diminui a rotatividade de leitos e provoca o aumento desproporcional desta população nas organizações, independente da capacidade gerencial. No hospital D ocorreu aumento de leitos e de internações, principalmente em leitos críticos (260%) e menos em leitos cirúrgicos (14%) e no hospital A as internações em leitos críticos tiveram aumento de 13% e as internações em leitos cirúrgicos e diminuição de 4%, o que explicaria os achados de rotatividade de leitos e a ausência de relação com o processo de acreditação.

O total de internações, considerando o mesmo período, apresentou crescimento no Hospital B de 172%, no Hospital C de 228%, de 13% no Hospital D e diminuição no Hospital A de 4%. As internações em leitos críticos tiveram aumento de 13% no Hospital A, de 239% no Hospital B, de 98% no Hospital C e de 260% no Hospital D. (TAB. 36).

As internações em leitos cirúrgicos tiveram aumento no Hospital B de 243%, no Hospital C de 253%, no Hospital D de 14% e diminuição no Hospital A de 4%.(TAB.36).

No hospital A o aumento de pacientes críticos e que demandam alta permanência foi de 13% e redução 4% da população cirúrgica de curta permanência, se não foi acompanhado de um aumento proporcional de leitos pode ter produzido uma restrição a internação. A redução, entretanto, se deu com aumento da satisfação dos clientes, logo não pode estar relacionada com a eficácia do sistema de gestão mas provavelmente a outra variável não mensurada, como por exemplo o mercado. As evidências impossibilitam relacionar este achado como processo de acreditação.

8.1.4 Perspectiva aprendizado e crescimento

Os hospitais destinaram um expressivo número de horas às atividades de capacitação dos colaboradores (TAB.35) constatando a afirmativa de que a Acreditação constitui um programa de educação continuada, buscando a motivação e engajamento dos profissionais, para a melhoria da qualidade da assistência. (MBA-OPSS 2006).

Fundamentada também por Rooney & Ostenber (1999) de que a acreditação tem uma forte abordagem educativa, baseada na reflexão da prática profissional, que leva à elaboração de padrões de excelência de desempenho e que um ponto positivo é o fato de que ela apóia esforços contínuos de melhorias por meio de consultas e de educação.

De acordo com Donahue (2000) a acreditação ajuda a atrair profissionais qualificados que prezam trabalhar em uma instituição reconhecida por seus esforços em prestar serviços de qualidade. A preservação do conhecimento profissional e institucional, adquirido pelos treinamentos, pode ser observada pela diminuição dos índices de rotatividade.

A rotatividade no período apresentou diminuição em 03 hospitais, sendo dois deles com índices expressivos. No Hospital A houve redução de 3%, no Hospital B de 37%, no Hospital C de 40% e aumento no Hospital D de 12%. (TAB.36).

A diminuição dos índices de rotatividade possivelmente pode estar associada à melhoria da política e dos processos de gestão de pessoas estabelecidos pelos requisitos da norma de acreditação. Estes apontam para a eficiência e eficácia dos processos levando a uma melhor definição das competências e habilidades para os cargos, ao aprimoramento do recrutamento e seleção e ao programa de desenvolvimento de pessoas.

Da mesma forma, o aumento deste índice pode representar uma ação gerencial de adequação às necessidades da organização. As evidências impossibilitam relacionar este achado como processo de acreditação.

O absenteísmo no mesmo período apresentou aumento no Hospital A de 18%, no B de 11% e no D de 89%. Houve queda no Hospital C de 5%. O processo de capacitação e treinamentos pode ter influenciado neste resultado, sendo considerado como ausências ao trabalho. Outras causas de absenteísmo não pesquisadas podem ter influenciado este resultado. (TAB.36).

Os Hospitais A, C e D apresentaram índices inferiores à mediana de 4,85 funcionários/leito dos hospitais de pequeno, médio e grande porte de São Paulo, com selos de qualidade do Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar - CQH divulgado pelo Boletim Proahsa (nº 40, 2007), relativa ao quarto trimestre de 2006. Esta publicação não

especificou se estão incluídos os terceirizados e os autônomos. O Hospital B apresentou diferença de 0,83 em relação à mediana.

No Hospital A o número de funcionários aumentou em 1,55%, no Hospital B em 186%, no Hospital C em 14% e no Hospital D em 42%. Este aumento está associado à ampliação de leitos nos hospitais C de 14% e no D de 25% e ao aumento da eficiência das internações em leitos críticos de 13% no Hospital A, de 239% no Hospital B, de 98% no Hospital C e de 260% no Hospital D que demandam maior relação funcionário/leito, com a finalidade de garantir uma assistência segura. (TAB.36).

9. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo sugerem que na Perspectiva Financeira o processo de acreditação, em seus três níveis, contribuiu para:

- o resultado de superávit financeiro ou de recuperação do Ebtida dos hospitais com índices superiores à média nacional;
- o desempenho gerencial/financeiro, auxiliando às instituições a obterem condições para absorverem o aumento do custo saúde decorrente da inflação e ainda de gerar receita excedente acima da média nacional;
- que os hospitais apresentem forte tendência de melhoria no indicador Ebtida;
- a melhoria do desempenho gerencial resultando na capacidade institucional de suprir os reajustes salariais decorrentes da inflação e absorver o aumento do custo pelo uso mais intenso de mão de obra específica;
- a redução do custo com mão de obra por real (R\$) faturado e evidência de aumento de eficiência;
- a redução dos custos decorrentes de inflação de despesas com materiais e medicamentos e da mudança e ou aumento das sub-populações com maior demanda de consumo, e
- o ganho de eficiência na utilização e na ampliação de leitos com melhoria do Ebtida.

Os achados deste estudo sugerem que na Perspectiva Cliente o processo de acreditação, em seus três níveis, contribuiu para :

- o aumento da satisfação do cliente externo e do cliente interno;
- a eficácia dos processos, avaliada indiretamente pelo aumento da satisfação dos clientes externos e internos;
- promover e fortalecer a confiança dos clientes externos na qualidade dos processos assistenciais, demonstrados pelo aumento da satisfação.

Os achados deste estudo sugerem que na Perspectiva Interna o processo de acreditação, em seus três níveis, contribuiu para:

- aumentar a produtividade de leitos com melhoria de eficiência e eficácia;
- aumentar o número de internações gerais, em leitos críticos e em leitos cirúrgicos;

- melhorar os processos da organização certificada com ISO 9000, pelo fato da acreditação ser sistêmica e sua avaliação não permitir variação de escopo, levando à revisão dos processos mais complexos que são os finalísticos;
- melhorar os processos e a aplicação de práticas mais eficientes através de despesas de pessoal e material médico-hospitalar com índices menores que a média nacional.

Os achados deste estudo sugerem que na Perspectiva Aprendizado e Crescimento o processo de acreditação, em seus três níveis, contribuiu para:

- fixar os profissionais, constatado pela diminuição da taxa de rotatividade, mantendo o conhecimento investido pelos treinamentos;
- organizar e melhorar o processo de gestão de pessoas;
- manter a relação funcionários/leito em patamares de mercado;
- aumentar a satisfação do cliente externo.

Este estudo sugere que o método de gestão da qualidade, definido nos requisitos dos três níveis da norma da acreditação - ONA determina o aumento da eficiência e da eficácia financeira, dos processos organizacionais, do atendimento aos requisitos dos clientes, do desenvolvimento e satisfação dos colaboradores, levando à melhoria dos resultados hospitalares e da qualidade da assistência.

10. LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO

A amostra deste estudo foi de conveniência. Foram escolhidos hospitais com proximidade territorial devido a limitação de recursos para o desenvolvimento da pesquisa. Dos 15 hospitais acreditados com excelência no Brasil, foram estudadas 4 organizações, representando 26,7% do total.

A gestão operacional pode abranger até quatro importantes processos em um hospital:

1. Produzir produtos e serviços;
2. Desenvolver e sustentar relacionamentos com os fornecedores;
3. Entregar produtos e serviços aos clientes, e
4. Gerenciar riscos. (KAPLAN & NORTON,2004).

Este estudo deixou de analisar os itens 2, 3 e 4 da gestão operacional. A produção de produtos e serviços foi avaliada através dos indicadores de internação. O estudo não analisou a relação com os fornecedores. Não foram avaliados os resultados de assistência e de cuidado ao paciente, os riscos sanitários, ambientais, ocupacionais, relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança. Foram avaliados os riscos financeiros.

Na análise dos resultados financeiros, não foram considerados as correções das tabelas de remuneração de serviços hospitalares do SUS e Saúde Suplementar, que poderiam evidenciar os reajustes ocorridos no período e o impacto na receita das organizações.

Ainda assim não existiam estudos sobre o assunto com o foco nas transformações ocorridas pela adoção e implementação do processo de acreditação ONA.

11. PERSPECTIVAS

Este trabalho aponta para a necessidade de estudo complementar das organizações hospitalares acreditadas com excelência que adotaram a acreditação, com o objetivo de avaliar os resultados finalísticos e outras variáveis de desempenho que não foram estudadas.

12. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.H.T. **Responsabilidade dos hospitais, clínicas e assemelhados – o contrato hospitalar.** In: Lana, R.L et alli, Temas de direito médico. Rio de Janeiro: Ed. Espaço Jurídico, 2005, 581p
- ANDRADE, L.M.V. **O Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, no Contrato Médico-Paciente.** Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito. 2006. 44p.
- ANTUNES, F.L. **Um estudo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA.** In: Quinto Neto, A. & Bittar, OJNV. Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004, 212p.
- AZEVEDO, C. S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, n.29, p.33-58, 1995.
- BITTAR. O.J.N.V. Metodologia para avaliação da produtividade em hospitais. **Revista Mundo da Saúde.** São Paulo: Fundação Social Camiliana, ago 1996, ano 20, v.20, n.7, p.238-242,
- BITTAR O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, 2001; v. 3, n.12, p. 21-8.
- BITTAR, O.J.N.V. **Cultura & qualidade em hospitais.** In: Quinto Neto, A., Bittar, OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre:Da Casa Editora, 2004, 212p.
- BONATO, V.L. **Programas de Qualidade em Hospitais do Município de São Paulo.** Tese de Doutorado. S.P: Faculdade de Saúde Pública USP, 2003. 158p.
- CAMPOS, E.S. Breve notícia histórica sobre os hospitais em geral. In: **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde-Divisão de Organização Hospitalar/Ministério da Saúde, 1944. Reedição de 1965. 588p.
- DONAHUE ,K.T. et alli. A evolução dos sistemas de acreditação de instituições de saúde. **In: Ensaio: avaliação e Políticas Públicas em Educação.** Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio, Junho/2000, v.8, 128p.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FIPE. Fundação do Instituto de Pesquisas Econômicas. **www.fipe.org.br.**
- FONTINELE JÚNIOR, K. **Administração hospitalar.** Goiânia: AB Editora, 2002. 240p.

- FORTES, M.T.R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações**. Dissertação de mestrado. RJ: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007, 145 p.
- FNQ. **Rumo à excelência e compromisso com a excelência**. São Paulo, FNQ Fundação Nacional da Qualidade, 2007, 60p.
- FREIRE, H. Responsabilidade médica no Código de Defesa do Consumidor. **In: Lana, R.L et alli, Temas de direito médico**. Rio de Janeiro: Ed. Espaço Jurídico, 2005, 581p.
- GILMORE, C.M. & NOVAES. H.M. **Manual de Gerência da Qualidade. Organização Panamericana de Saúde/OPAS**. Washington-USA: Série HSP/Manuais Operacionais PALTEX, 1997, número 9, Volume III, 243p.
- GGTS- Gerência Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde/ANVISA. **Segundo Relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2006.
- GONÇALVES, E. L. As funções do hospital moderno. **In: Machline C et al. O hospital e a visão administrativa contemporânea**. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira, 1983, 282 p.
- GURGEL JÚNIOR, G.D. et alli. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002, vol.7, n. 2, ISSN 1413-8123.
- KAPLAN, RS & NORTON, D.P. **Mapas estratégicos – *balanced score card*: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, 471p.
- KLUCK, M. & PROMPT. C.A. **O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão da qualidade assistencial**. In: Quinto Neto, A., Bittar, OJNV. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2004, 212p.
- KOHN, L.T. & CORRIGAN, J.M. & DONALDSON, M.S. ***To err is human: building a safer health sistem***. Washington: *Commiteres on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine National Academy Press*, 2000, 287p.
- MALAGÓN, Londonõ, G. **O universo do Hospital**. In: Malagón-Londonõ, G & Morera, RG & Laverde, G.P. **Administração Hospitalar**. 2 edição, Argentina: Editora Médica Panamericana S.A.C.F, 2003, 476p.
- MALAGÓN, Londonõ G. Introdução. In: Malagón-Londonõ, G & Morera, RG & Laverde, GP. **Administração Hospitalar**. 2 edição, Argentina: Editora Médica Panamericana S.A.C.F, 2003, 476p.
- MALIK, A.M. & TELES, J.P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. SP, RAE - **Revista de Administração de Empresas** • Jul./Set. 2001 v. 41, n. 3, p. 51-59.

MAUDONNET, R.B. et alli. **Administração Hospitalar – introdução à administração hospitalar**. 1ª edição. RJ: Cultura Médica, 1988, 309p.

NORONHA, J.C. Travassos, C.M. ROSA, M.L.G. TEMPORÃO, J.G. Iniciativas em qualidade no Brasil. Rio de Janeiro: **Ensaio**, jun. 2000, v. 8, número especial, p. 61-72.

OLIVA, F.A. & BORBA, V.R. **BSC Balanced Scorecard – ferramenta gerencial para organizações hospitalares**. São Paulo: Iátria, 2004, 284p.

ONA. **Manual brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde** – Brasília, 2006, 203 p.

ONA. **Manual brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília, 2004, 224 p.

ONA. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília, 2002, 107 p.

ONA. **Manual organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília, versão 2001, 198p.

ONA – Relação de hospitais acreditados; relação de instituições acreditadoras credenciadas. www.ona.org.br.

PEDROSA, T.M.G.- **Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da organização nacional de acreditação – ONA (2004) – e as normas da série NBR ISO 9000:2000**. Dissertação apresentada como requisito para a obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde – Infectologia e Medicina Tropical, Faculdade de Medicina da UFMG, 2004, 154f.

PROAHSA. Boletim de indicadores do. **Indicadores Proahsa. Nº 45**, ano XI, janeiro/março - 2007.

PROAHSA. Boletim de indicadores. **Indicadores Proahsa. Nº 44**, ano X, outubro/dezembro – 2006.

PROAHSA. Boletim de indicadores. **Indicadores Proahsa. Nº 40**, ano IX, outubro/dezembro – 2005

PROAHSA. Boletim de indicadores. **Indicadores Proahsa. Nº 36**, ano III, outubro/dezembro – 2004.

PROAHSA. Boletim de indicadores. **Indicadores Proahsa. Nº 32**, ano VII, outubro/dezembro – 2003.

PROAHSA. Boletim de indicadores. **Indicadores Proahsa. Nº 28**, ano VI, outubro/dezembro – 2002.

PROAHSA. Boletim de indicadores. **Indicadores Proahsa. Nº 24**, ano V, outubro/dezembro – 2001.

QUINTO NETO, A. & GASTAL, F.L. **Acreditação hospitalar - proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1997, 136 p.

RODRIGUES, E.A.A. **Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e da Experiência Brasileira**. Dissertação apresentada como requisito para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde. Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/MS, março/2004, 75f.

ROONEY A.L. e OSTENBER P.R. **Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde**. Projeto de Garantia de Qualidade, Centro dos Serviços Humanos- CHS. USA: USAID, 1999, 64p.

SCHIESARI, L.M.C. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**: Dissertação apresentada como requisito para a obtenção de título de Mestre Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo São Paulo: s.n., 1999, 162 f.

TAVARES, M.C. **Planejamento estratégico – a opção entre o sucesso e fracasso empresarial**. São Paulo. Ed. Harbra, 1991, 199p.

TACHIZAWA, T. & SCAICO, O. **Organização flexível. Qualidade na gestão por processos**. 2. Ed. SP: Ed. Atlas, 2006, 382p.

TAJRA, S.F. **Gestão estratégica na saúde – reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência**. São Paulo: Iátria, 2006, 236p.

VASCONCELOS, Y. L. **EBITDA como instrumento de avaliação de empresas**. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Brasília, n. 136, p. 38-47, jul/ago. 2002.

13. ANEXOS

ANEXO A: Carta de Apresentação para os Hospitais



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE –**

CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA OS HOSPITAIS

Título do Projeto: IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO EM HOSPITAIS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, BASEADO NOS REQUISITOS DE NÍVEL 1, 2, 3 DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – ONA.

Meu nome é Lismar Isis Campos e estou cursando mestrado em Ciências da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Meu projeto de pesquisa está sendo realizado sob a orientação dos Professores Fabio Leite Gastal e Renato Camargos Couto.

O objetivo do estudo é caracterizar e comparar o desempenho de hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA. Estão sendo considerados três momentos: momento 1 - ano em que o processo foi iniciado no hospital, momento 2 – ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA e momento 3 – o ano de 2006.

Gostaria de convidar o seu hospital a participar desta pesquisa. Se você concordar, solicitamos o preenchimento do **FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO**.

Propõe-se utilizar no projeto como fonte de informação: **QUESTIONÁRIO** (momento 1, momento 2 e momento 3). É indicado que o questionário seja respondido por um dos diretores ou pelo gerente da qualidade de seu hospital.

A data acordada para devolução dos formulários e documentos (consentimento, questionário e balanços patrimoniais) é _____ de _____ de 2007.

Como um benefício de participação, seu hospital receberá uma cópia da síntese dos resultados da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida sobre o projeto, me coloco à disposição para outros esclarecimentos através dos e-mails lismarisis@yahoo.com.br ou lismar@hc.ufmg.br ou do telefone (31) 9201-1444. Fax (31) 3227- 1911.

Informo os contatos dos orientadores do Projeto:

Prof. Fabio Leite Gastal – flgastal@ona.org.br - Tel: (61) 3223-3487

Prof. Dr. Renato Camargos Couto – rccouto@gmail.com – Tel: (031)9971-9206

Desde já agradeço pela sua atenção.

Lismar Isis Campos

ANEXO B: Carta de Apresentação Pesquisadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE –
INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL

Belo Horizonte, 01 de fevereiro de 2007.

Para
 Nome Hospital

Prezado Dr.
 Nome do Diretor

Venho, através desta, apresentar LISMAR ISIS CAMPOS, estudante de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Sua pesquisa é denominada Impacto da Implantação em Hospitais do Sistema de Gestão da Qualidade, Baseado nos Requisitos de Nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.

O objetivo do estudo é caracterizar e comparar o desempenho de hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA. Serão considerados três momentos: momento 1 - data em que o processo foi iniciado no hospital, momento 2 – data em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA e momento 3 – o ano de 2006.

Gostaríamos de convidar seu hospital a participar deste projeto de pesquisa. Para sua informação, os dados serão coletados através de questionário.

A pesquisa será coletada durante o mês de abril de 2007.

Maiores informações podem ser obtidas com Lismar através do telefone (31) 9201-1444 ou pelo e-mail lismarisis@yahoo.com.br ou lismar@hc.ufmg.br.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Fabio Leite Gastal

Orientador

Prof. Dr. Renato Camargos Couto

Co-orientador

ANEXO C: Termo de Consentimento



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – INFECTOLOGIA E MEDICINA
TROPICAL**

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, responsável legal pelo Hospital _____, dou permissão ao (a) profissional (a) _____, ocupante do cargo _____, para que responda a pesquisa conduzida por LISMAR ISIS CAMPOS, IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO EM HOSPITAIS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, BASEADO NOS REQUISITOS DE NÍVEL 1, 2, 3 DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – ONA. Entendo que a proposta desta pesquisa é caracterizar e comparar o desempenho de hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA e que por estarmos entre os hospitais mencionados, o profissional designado acima, responderá ao questionário e o remeterá juntamente com o formulário de consentimento à pesquisadora.

Estou ciente de que:

1. Os objetivos, métodos, benefícios e possíveis riscos do estudo foram explicitados no Projeto de Pesquisa, cuja cópia me foi entregue.
2. Eu voluntariamente e livremente dou meu consentimento para o hospital participar na pesquisa acima citada.
3. Estou livre para cancelar meu consentimento em qualquer momento do estudo, sendo que a participação nesta pesquisa cessará imediatamente e qualquer informação obtida do hospital não será utilizada se eu assim solicitar.
4. Entendo que os resultados agregados serão utilizados para fins acadêmicos e podem ser publicados em revistas científicas e congressos acadêmicos.

Concordo que:

5. O nome do hospital não será identificado nas publicações da pesquisa.
6. Receberemos uma cópia da síntese da pesquisa.

Data: _____

Nome, cargo e registro no Conselho de Classe

ANEXO D: Formulário de Pesquisa



QUESTIONÁRIO:

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO EM HOSPITAIS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, BASEADO NOS REQUISITOS DE NÍVEL 1, 2, 3 DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – ONA.

Mestranda: Lismar Isis Campos

Orientadores: Prof. Dr. Fabio Leite Gastal e Prof. Dr. Renato Camargos Couto

Objetivo Específico: caracterizar e comparar o desempenho de hospitais, acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA, considerando três momentos: momento 1 - ano em que o processo foi iniciado no hospital, momento 2 – ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA e momento 3 – ano de 2006.

___/___/2007

Por favor, responda as questões abaixo e devolva este questionário e o formulário de consentimento diretamente à pesquisadora.

Parte 1 – Controle de Pesquisa

1. NOME DO HOSPITAL:

2. CNPJ:

3. E-MAIL DO RESPONDENTE OU DO HOSPITAL:

Parte 2 – Histórico da busca da Excelência

4. O Hospital já adotava algum sistema de garantia da qualidade antes do processo de acreditação ?

_____ Sim _____ Não.

5. Em caso de resposta afirmativa no item 4, descrever a cronologia e os fatos mais relevantes da jornada do hospital rumo à excelência

6. Etapas do Processo de Acreditação

		CUSTOS ESTIMADOS POR CATEGORIA (em R\$)				
A Data de início Processo	B Data de certificação acreditado	Nível de Acreditação	C Capacitação	D Equipamentos	E Área física	F Consultorias
___/___/___	___/___/___	Nível 1				
		Nível 2				
		Nível 3				
		Custo total				



QUESTIONÁRIO:

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO EM HOSPITAIS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, BASEADO NOS REQUISITOS DE NÍVEL 1, 2, 3 DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – ONA.

Parte 3 – O Hospital

7. ORGANIZAÇÃO JURÍDICO-INSTITUCIONAL () Público () Privado () Filantrópico

8. NÚMERO DE LEITOS SUS _____ SAÚDE SUPLEMENTAR _____

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

9. NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES (período de 01 de janeiro a 31 de dezembro)

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

10. NÚMERO DE INTERNAÇÕES LEITOS CRÍTICOS (período de 01 de janeiro a 31 de dezembro)

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

11. NÚMERO DE INTERNAÇÕES LEITOS CIRÚRGICOS (período de 01 de janeiro a 31 de dezembro)

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

12. SATISFAÇÃO DO CLIENTE EXTERNO – PERCENTUAL GERAL DE CLIENTES NO NÍVEL MÁXIMO DE SATISFAÇÃO DA PESQUISA APLICADA.

Fórmula de cálculo: $\frac{\text{Soma dos itens avaliados como favoráveis em todos os campos}}{\text{Soma dos itens avaliados em todos os campos}} \times 100$

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

13. SATISFAÇÃO DO CLIENTE INTERNO – PERCENTUAL GERAL DE CLIENTES NO NÍVEL MÁXIMO DE SATISFAÇÃO DA PESQUISA APLICADA.

Fórmula de cálculo: $\frac{\text{Soma dos itens avaliados como favoráveis em todos os campos}}{\text{Soma dos itens avaliados em todos os campos}} \times 100$

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

Observação: Para os itens 12 e 13, a pesquisa do Hospital que contemplar mais de uma possibilidade de resposta favorável (por exemplo, excelente e bom; ótimo e bom; acima da

expectativa e bom; encantado e satisfeito, etc, fazer o somatório das respostas favoráveis para definição do índice de satisfação).



QUESTIONÁRIO:

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO EM HOSPITAIS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, BASEADO NOS REQUISITOS DE NÍVEL 1, 2, 3 DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – ONA.

14. **NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS / COLABORADORES** (considere a classificação: 1- contratados, 2- terceirizados, 3-autônomos)

A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): 1- _____ 2- _____ 3- _____

B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA):

1- _____ 2- _____ 3- _____

C) Momento 3 (2006): 1- _____ 2- _____ 3- _____

15. **TAXA DE ABSENTEÍSMO (%) - FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL**

Fórmula de cálculo: = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de dias de faltas/ausências ao trabalho}}{\text{N}^\circ \text{ de dias trabalhados}} \times 100$

A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____

B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____

C) Momento 3 (2006): _____

16. **TAXA DE ROTATIVIDADE RECURSOS HUMANOS (%)**

Fórmula de cálculo: = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de desligamentos}}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários ativos}} \times 100$

A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____

B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____

C) Momento 3 (2006): _____

17. **HORAS DE TREINAMENTO**

Fórmula de cálculo: soma de horas de treinamento da força de trabalho (considere a classificação: 1- contratados, 2-terceirizados, 3-autônomos)

A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): 1- _____ 2- _____ 3- _____

B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA):

1- _____ 2- _____ 3- _____

C) Momento 3 (2006): 1- _____ 2- _____ 3- _____

18. **PERCENTUAL DE DESPESAS COM FUNCIONÁRIOS / COLABORADORES** (Em relação ao valor total das despesas. Considere a classificação: 1- contratados, 2-terceirizados, 3-autônomos)

A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): 1- _____ 2- _____ 3- _____

B) Momento 2 (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA):

1- _____ 2- _____ 3- _____

C) Momento 3 (2006): 1- _____ 2- _____ 3- _____



QUESTIONÁRIO:

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO EM HOSPITAIS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, BASEADO NOS REQUISITOS DE NÍVEL 1, 2, 3 DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – ONA.

19. PERCENTUAL DE **DESPESAS COM MEDICAMENTOS** (Em relação ao valor total das despesas)

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 – (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

20. PERCENTUAL DE **DESPESAS COM MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR** ((Em relação ao valor total das despesas)

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 – (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

21. PERCENTUAL DE **DESPESAS COM CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** (Em relação ao valor total das despesas)

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 – (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____

22. PERCENTUAL **RECEITA/EBTIDA**

Fórmula de cálculo ebtida: Lucro total (Lucro = Receita – Despesas) excluindo juros, amortização de financiamentos, investimentos, multas e impostos ou qualquer saída de recursos que não esteja diretamente ligada à atividade operacional.

- A) Momento 1 (ano em que o processo foi iniciado no hospital): _____
 B) Momento 2 – (ano em que o hospital recebeu o título de acreditado pela ONA): _____
 C) Momento 3 (2006): _____