

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaríamos de agradecer ao Núcleo de Pesquisas e Publicações da EAESP/FGV pelo financiamento do projeto, em especial ao seu diretor o Prof. Fábio Luiz Mariotto e à sua assistente Srta. Daniela Mansour M. da Silveira que se mostraram sempre dispostos a nos prestar ajuda nos momentos necessários.

Agradecemos também ao inestimável apoio metodológico prestado pelos professores Maria Christina S. Souza Campos e Wilton de Oliveira Bussab. À primeira pela valiosa assessoria na elaboração da abordagem metodológica, do questionário de pesquisa e pela leitura atenta do primeiro esboço do projeto bem como da primeira versão do relatório. Ao segundo pela orientação na determinação da amostra, nos métodos estatísticos que foram empregados e pelo auxílio na análise dos resultados (principalmente na compreensão de sua validade).

Agradecemos ainda pela leitura e pelas sugestões recebidas de Laura Maria Cesar Schiesari, Paula Carnevale Vianna, José Maurício de Oliveira, Everton Soeiro e H. Maria D. Novaes. Cada uma dessas leituras nos permitiu um olhar diferente sobre nossos achados. Embora todas as suas sugestões não tenham sido aproveitadas neste relatório, se-lo-ão nos artigos subseqüentes.

Gostaríamos também de expressar nossos agradecimentos ao aluno que participou da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliar de pesquisa, João Pedro da Silva Teles.

Finalmente, não podemos deixar de agradecer aos nossos respondentes, por sua sinceridade nas respostas. Esperamos que este questionário tenha sido uma oportunidade de eles refletirem sobre suas realidades e sobre a qualidade da assistência prestada nos hospitais.

## **RESUMO**

Trata-se de levantamento sobre a existência de programas e/ou atividades de qualidade nos hospitais do estado de São Paulo no segundo semestre de 1999. Foram estudados hospitais públicos, filantrópicos, não filantrópicos e universitários. Encontrou-se na amostra de 97 hospitais respondentes que 23% afirmavam ter alguma iniciativa desse teor. Os 77% que afirmavam não ter, atribuíam essa decisão aos custos dos programas, à demora na obtenção de resultados e à falta de necessidade. Muitos dos que tinham, conheciam mal os custos incorridos e outros tipos de conseqüências. Quase todos os que responderam positivamente, além disso, afirmavam monitorar indicadores gerenciais.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Qualidade; Gestão de qualidade em hospitais; Gestão em hospitais.

## **ABSTRACT**

Survey of São Paulo State hospitals during the second semester 1999, looking for quality initiatives. Hospitals were divided into 4 categories: public, philanthropic, non philanthropic and university. From the 97 hospitals sample, 23% answered they had quality initiatives. Those that did not have the initiatives blamed high costs and delayed results for that. Those that had the initiatives did not know much about their costs. Almost all of those that answered positively said they monitored managerial indicators.

## **KEY WORDS**

Quality; Quality management in hospitals; Hospital management.

## SUMÁRIO

|      |   |    |
|------|---|----|
| I.   | Introdução .....  | 4  |
| II.  | Especificidades da área de saúde.....                                 | 7  |
| III. | Metodologia .....   | 12 |
| IV.  | Resultados .....  | 18 |
|      | 1. Caracterização dos resultados .....                                | 18 |
|      | 2. Hospitais com implantação de sistema/iniciativa de qualidade ..... | 22 |
|      | 3. Hospitais sem implantação de sistema/iniciativa de qualidade.....  | 24 |
| V.   | Conclusões .....  | 26 |
| VI.  | Bibliografia .....  | 29 |

# PROGRAMAS DE QUALIDADE EM HOSPITAIS

*Ana Maria Malik*

## I. INTRODUÇÃO

O tema qualidade em saúde não pode mais ser considerado inovador. Sem trazer à baila os clássicos, como Florence Nightingale, Codman e Semelweiss, sem entrar no mérito do ensino médico, conforme Flexner trabalhou no começo do século tendo dado origem a boa parte do movimento norte americano de qualidade na área da saúde e influenciando a organização de serviços até nossos dias, sem discutir se o conceito é da área industrial ou se vem associado à ética aristotélica (MALIK & SCHIESARI, 1998), pelo menos desde os anos 60 começou extensa produção sob o nome de **avaliação, qualidade, gestão** e quaisquer outras denominações existentes (DONABEDIAN, 1993; BERWICK, 1994; DEMING, 1990). A divulgação deste tipo de assunto é talvez mais recente. A **acreditação de hospitais** nos EUA já tem mais de cinquenta anos, a prática de **certificar ou autorizar o funcionamento** de hospitais no Brasil por órgãos públicos tem 70 anos e por ONGs chega a 10 (SCHIESARI, 1999). Deming, quando desenha seus 14 princípios e suas 7 doenças fatais, (WALTON, 1989) associa, a estas últimas duas relacionadas a questões adversas da prestação de serviços de saúde.

Internacionalmente, congressos da ISQua (International Society for Quality Assurance in Health Care) mostravam cada vez mais participantes e mais trabalhos apresentados, em geral originários de hospitais dos mais diversos países e complexidades (fato esperado, dada a temática dos congressos, do interesse da associação e de sua importante vinculação a países de origem inglesa, onde o tema é ainda mais prevalente). Mesmo congressos como o da European Society for Quality in Health Care, uma alternativa “européia”, à ISQua (onde são hegemônicos países

de língua inglesa - USA, Inglaterra e Austrália), mostram o mesmo fenômeno. E outra sociedade científica, a ALASS (Associação Latina para a Análise de Sistemas de Saúde), que em tese tem diversos interesses e que congrega países de língua latina (outra busca de alternativa à anglofonia nos congressos da área de saúde, baseados na – falsa - assunção de que qualquer idioma latino é compreensível por todos os povos desta origem, dando-lhes o direito de se expressarem em seus idiomas), também vem apresentando tanto nos seus congressos quanto no seu órgão de divulgação, cada vez mais trabalhos relacionados ao tema, com as mais diversas orientações. Cabe notar que na ALASS esta ênfase atual causa algum espanto, pois sua orientação costumava abordar mais sistemas de saúde, mas nos Congressos (CALASS, principalmente o de 1999) e na sua publicação regular (Epistula) isto faz parte dos assuntos que seus membros têm trazido como experiências nas quais estão envolvidos. Em 1997, o Journal on Quality Improvement traz um número especial sobre experiências de qualidade em saúde em diferentes países.

Nos EUA verifica-se que o tema tem sido trabalhado no **ensino médico**: tendo como pretexto a melhoria da qualidade de vida, são ensinados os instrumentos da qualidade. (KASHKOUSH; NEUHAUSER; ALEMI , 1997). Discussões a respeito de como alguns **instrumentos de racionalização** podem ser transformados em trunfos voltados para a **melhoria de resultados de atendimento** ou como é possível **seduzir e motivar pessoas a modificar sua atuação** também já deixaram de ser novidade, ao menos na literatura (AZEVEDO; KORYCAN, 1999).

No Brasil o tema vem sendo abordado em publicações científicas (CADERNOS FUNDAP, REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, publicações do CQH, REVISTA do IPEA, REVISTA DE ADMINITRAÇÃO DE EMPRESAS) pelo menos desde 1990, na imprensa leiga (muito mais freqüente há alguns anos que agora), em congressos, seminários, cursos curtos, cursos longos, por associações de hospitais e de serviços de saúde. Pelo menos no estado de São Paulo pode-se dizer que houve, nos últimos 10 anos, farta disponibilidade de material para aqueles interessados na área de gestão de forma geral e de gestão em saúde em particular. Até mesmo nas

Faculdades que formam profissionais para a área (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas) há conteúdos a respeito, oferecidos de forma regular, como disciplinas específicas. Chega até a ser possível dizer que há cinco anos estes temas já foram mais populares que nos dias de hoje. Nos últimos 8 anos também se verificou a conclusão de alguns trabalhos de pós graduação que analisavam a existência deste tipo de programa e tentavam situar as preocupações das pessoas com eles (BASTOS, 1993; BARBOSA, 1995; MÜLLER, 1996; CARAP, 1997; VIANNA, 1997; SILVA, 1998; SCHIESARI, 1999; TERRA, 2000).

São Paulo é o estado brasileiro em que se observa mais intensamente a concentração de todo tipo de recursos, humanos, financeiros, materiais, tecnológicos. Também é onde se encontram mais universidades, serviços de saúde e existe ainda o mito de que (embora não se fale quanto aos piores) também está em São Paulo a maior parte dos melhores serviços de saúde do Brasil. Seja como for, os jornais – também neste estado – não param de falar da crise da saúde, da falta de qualidade do setor, de sua ineficiência. Ao mesmo tempo, é para onde se deslocam muitos brasileiros em busca de assistência para seus males e de educação continuada para sua atividade profissional.

A premissa que levou à realização deste trabalho foi a de que haveria, no estado de São Paulo, uma proporção elevada de hospitais com programas/atividades voltados para a qualidade. Isto posto, seria desejável descobrir quais os programas ou atividades mais frequentemente utilizados. Assim, antes de fazer um estudo nacional, mais amplo, para conhecer as preocupações e as iniciativas dos gestores de hospitais, decidiu-se fazer um estudo localizado, apesar de saber que possivelmente seus achados seriam mais positivos que no resto do Brasil. Conhecidos os hospitais e seus programas de qualidade, num segundo momento poderiam ser estudados alguns dos mitos que envolvem o assunto: **“qualidade” ajuda ou atrapalha, melhora ou não resultados finais em organizações de saúde, interfere ou não no interesse das pessoas, é cara ou barata, programas de qualidade são caros ou baratos...**Boa parte desses temas apontados desde o

projeto foi encontrada em artigos recentes publicados no Quality Management Journal e no The TQM Magazine, não diretamente voltados à saúde, mas nestas publicações ainda foram encontrados artigos sobre saúde. Também seria possível verificar o que sensibiliza os gestores hospitalares quando se fala em qualidade. Finalmente, seria feito um mapeamento de como se traduz o conceito na área hospitalar.

## II. ESPECIFICIDADES DA ÁREA DE SAÚDE

Há um argumento recorrente na área de saúde, voltado à percepção de que há **especificidades** incontornáveis do setor. Isto vem desde livros-texto de administração (DRUCKER,1995), argumentos sobre as chamadas características das organizações de saúde em livros texto clássicos de Comportamento Organizacional em Saúde e aceitas em artigos nacionais (SHORTELL & KALUZNY,1988; AZEVEDO, 1995), até discussões da área de avaliação e de administração da qualidade, se esta é utilizável apenas no setor industrial ou também se aplica à área da saúde. Shortell e Kaluzny, por exemplo, apresentam uma série de “características” de organizações do setor, esclarecendo porém que elas não são exclusivas deste tipo de organização. Donabedian (DONABEDIAN, 1993) por sua vez, aponta para algumas especificidades dos setores saúde e educação, no que diz respeito à avaliação de seus resultados, dependendo fortemente da interação profissional/usuário. Os outros componentes da tríade proposta por ele no modelo de avaliação (estrutura, processos e resultados) podem ser definidos da mesma maneira que em outras áreas de atividade.

Algumas das chamadas características do setor ajudam a confundir variáveis envolvidas na real avaliação dos resultados e por conseguinte dos efeitos que eventuais programas de melhoria podem trazer. Por exemplo, poucos profissionais vindos de áreas administrativas ousam discutir com médicos sobre a afirmação de que cada caso é um caso, ou de que todos os procedimentos diagnósticos ou

terapêuticos são prescritos com vistas ao bem-estar do paciente (independente do tipo de financiamento do sistema em que se esteja e das evidências que já se observa quando se alteram estas condições) ou de que determinada despesa deve ser feita sob pena de se matar a algum paciente (e de que, neste caso, a culpa será do administrador).

Já foi constatado que os produtores dos fatos de onde se retiram os dados que se tornam informações estão muito distantes, na estrutura organizacional (se não na estrutura física e na hierarquia), daqueles que trabalham os dados e os transformam em informações. O mesmo ocorre entre estes e os que usam (deveriam usar) estas informações para a tomada de decisões. Ambas as constatações permitem compreender as dificuldades na obtenção de indicadores, relevantes, oportunos e/ou fidedignos, porque, no mínimo, as diferentes partes envolvidas no processo não percebem a importância daquilo que fazem para o sistema como um todo nem valorizam o trabalho dos demais.

Embora a fragilidade dos sistemas de informação (médico e administrativo) esteja entre as características do setor, não se pode dizer que lhe seja específica. Entre as evidências de que isto ocorre, está a resistência disseminada à implantação de prontuários de todo tipo, vistos como exigências de burocratas, tentativas abusivas de controle, entre outras hipóteses. O Conselho Federal de Medicina, no Código de Ética Médica (CFM, 1996), coloca como obrigação dos médicos o preenchimento do chamado prontuário médico, mas a grande maioria dos hospitais do Brasil (e do Estado de São Paulo) tem nesta atividade um ponto fraco, o que pode ser verificado por qualquer visita realizada ao acaso, entrevista sistematizada ou tentativa de fazer um estudo com base neste documento (MURAHOVSKI, 2000). Todas as discussões de caráter ético que permeiam esta questão, como por exemplo a confidencialidade do documento (que ainda se chama prontuário médico embora seja de fato o prontuário “do paciente”, pertencendo a ele e não ao médico nem ao hospital e muito menos ao financiador), servem como formas de evitar acesso a ele. A questão do financiamento continua sendo importante aqui, pois os financiadores



privados (com mais frequência) tendem a querer fazer auditoria do prontuário, para conferir o que foi cobrado frente ao que foi prescrito e até para tentar analisar a procedência do que foi prescrito. As categorias profissionais envolvidas na assistência direta têm a tendência de aceitar acesso ao seu prontuário (às suas anotações) apenas por seus pares (nos EUA é comum a prática e a apologia do “*peer review*”).

A **Joint Commission on Accreditation of Health Organizations**, organismo não governamental baseado nos EUA mas de reconhecimento internacional, tem como um de seus requisitos básicos para acreditação o preenchimento correto de 100% dos prontuários auditados na organização, por pelo menos um ano (SISTEMA EINSTEIN DE QUALIDADE, 1999). Seu manual operacional também enfatiza a importância dessa disponibilidade, bem como a de uma série de indicadores, frequentemente implantados nos hospitais não por suas necessidades de gerenciamento mas por sua “necessidade” de acreditação (JOINT COMMISSION, 1997). O **Manual de Acreditação Hospitalar** do Brasil, publicado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) e endossado pelo recentemente criado **Órgão Nacional de Acreditação (ONA)**, organização com representação de financiadores, prestadores e governo (SCHIESARI, 1999) coloca como requisito para o assunto a localização de prontuários sorteados e define alguns itens mínimos que devem constar dos prontuários localizados. O CQH, (**Controle de Qualidade Hospitalar**) grupo mais tradicional na área no Brasil, vinculado à Associação Paulista de Medicina, tem entre os requisitos para agendar uma visita de avaliação anterior à concessão do Selo de Conformidade um ano de preenchimento e envio de uma série de indicadores considerados corriqueiros na teoria de gestão hospitalar (CQH, 1999).

Existe uma publicação chamada Indicadores PROAHSA, que se propõe a divulgar aos gestores hospitalares alguns indicadores com intenção de permitir algum grau de comparação entre diferentes serviços. Esta publicação consegue apresentar dados SUS, de cunho epidemiológico e potencialmente utilizáveis para planejamento, de

divulgação pública e com bases de dados nacionais, de fidedignidade discutível; dados do **CQH**, sob o nome de indicadores de qualidade, retirados dos pouco mais de 100 hospitais vinculados que os encaminham regularmente e, portanto, tem interesse neles e em divulgá-los; dados de **recursos humanos** de uma terceira amostra, de hospitais que participam de uma pesquisa regular e dados **financeiros** de outra amostra ainda, que têm um acompanhamento regular por um especialista na área (PROAHSA, 1995 a 1999). Pesquisas acadêmicas mostram que poucos serviços dispõem de indicadores e menos ainda os utilizam (BITTAR, 1997 e SILVA, 1998). Chama ainda a atenção o fato de a prática de trabalhar com indicadores ser tão pouco usual que muitos hospitais olham para esta publicação como *benchmarking*.

Há outras características das organizações de saúde que tornam difícil elas aceitarem se debruçar sobre seus resultados para avaliá-los e, quem sabe, discutí-los. Elas partem da premissa de que seus trabalhadores sempre fazem o melhor que pode ser feito. Este argumento tem a ver com algum grau de autoritarismo e com aspectos de corporativismo (CARAPINHEIRO, 1993), pois assume a assimetria na relação equipe/paciente (ou, mais freqüentemente, médico/paciente). A expressão “máfia de branco” não é nova e esconde ao mesmo tempo aspectos da “*omertá*”, em que se espera dos profissionais que se protejam ou pelo menos não denunciem (mais uma vez, a “ética”, em seus aspectos de deontologia) falhas e, por outro lado, justifica que se tomem decisões em nome dos pacientes, que se privilegiem algumas categorias profissionais em detrimento de outras e que se assumam os hospitais (pelo menos alguns deles) como organizações médicas, em detrimento do conceito mais amplo, de organizações de saúde.

Isto de alguma maneira explica que há hospitais em que se consegue modificar a cultura de todas as áreas (como por exemplo em relação à informática) com maior ou menor facilidade (entre as mais difíceis está a área médica - ou assistencial), por vezes sendo necessário um refluxo das iniciativas. (PICCHIAI, 1998). Há outros em que partem dos médicos iniciativas como de elaboração de protocolos (não necessariamente seguidos) e de revisão de prontuários (também consideradas

padrões de qualidade, tanto pela Joint Commission quanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo CQH e outros ainda em que alguns grupos de profissionais se dispõem a avaliar e controlar a atuação dos demais grupos ou de outras unidades.

Esta mesma característica de corporativismo faz com que se justifiquem algumas dificuldades presentes na gestão em saúde. Independente de qual a maneira pela qual estas organizações estejam formalmente estruturadas, são reconhecidas pelo menos duas instâncias de comando simultâneo, a funcional e a por projeto (GONÇALVES 1998). A liderança do grupo profissional nuclear pode dificultar ações coordenadas, caso opte por seguir/definir rumos próprios. De fato, observa-se que pelo menos duas áreas dos hospitais usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação (às vezes inclusive de educação permanente), não se curvando aos ditames da organização (a enfermagem e o corpo médico). Este tipo de configuração questiona o critério de “totalidade” previsto por Deming, com sua gestão da qualidade total (DEMING,1990) e também colocado como pré-requisito seja pela Joint Commission seja pelo Manual Brasileiro de Acreditação, baseados no valor de que não basta uma parte da organização ser excepcional, toda ela tem que no mínimo cumprir alguns requisitos. No entanto, uma das peculiaridades do setor é encontrar áreas que, dependendo do serviço, são privilegiadas em detrimento de outras.

Ainda nas organizações de saúde perpassa a discussão, freqüente no setor social, quanto a quais os resultados a serem perseguidos, **equidade**, **eficiência** ou **saúde**? A substituição da categoria “*cure*” pela categoria “*care*” é aceitável em função de que valores? Receber alguns tratamentos sem efeitos colaterais não necessariamente significa qualidade no tratamento, porque espera-se que a indicação seja feita, a partir de conhecimentos, mediante alguns critérios e há expectativas em relação a seus efeitos, não necessariamente atingíveis. Resultados clínicos (como mudanças nos exames complementares) não são equivalentes a ganhos em bem-estar nem a benefício social pela sobrevida ou até pela cura. Muito do progresso das ciências médicas (ciências da vida), como o aumento da sobrevida puro e simples ou como

menores taxas de mortalidade por agravos antigamente fatais, gera custos de manutenção de vidas ou novas necessidades. Há quem discuta estas novas disponibilidades em termos de **satisfação, custo/benefício** e há quem se refira a estes ganhos como **qualidade**.

Vem sendo estudado também, não contrapondo a área de saúde à industrial mas sim sobre os diferentes modelos universalmente aceitos de qualidade (Malcolm Baldrige, Deming Prize, European Quality Award) que talvez não deva existir um único modelo entre as organizações interessadas em melhorar seu desempenho (HARRINGTON, 1997). Talvez as conclusões deste artigo possam ser extrapoladas também para o brasileiro Prêmio Nacional da Qualidade, defendido por alguns como um manual organizacional.

Este tipo de discussão está presente entre alguns dirigentes hospitalares e entre estudiosos (docentes e discentes) envolvidos nesta área. Sempre há cursos, consultores e propostas de “qualidade” aparecendo no mercado. Por isto, pareceu interessante e oportuno descobrir qual o estado da arte na realidade hospitalar brasileira, a rigor tomando a paulista como um referencial inicial.

### III. METODOLOGIA

No início dos anos 90, frente a uma proposta do SENAC de montar um curso de qualidade, foi montado um projeto de investigação, trabalhando com amostra claramente dirigida, visando descobrir o que dirigentes de hospitais enxergavam como qualidade, o quanto sabiam a respeito e o quanto valorizavam o assunto. Neste momento verificou-se que todos referiam valorizar o assunto mas a grande maioria dizia ter atividades de qualidade, embora não sob esta denominação. Outro achado desse momento foi que a realidade da Região Metropolitana da Grande São Paulo era bastante diferentes do interior (MALIK 1992). Em 1996, um artigo se propõe a entender como a gestão da qualidade se refletia nos hospitais do estado de São

Paulo, a partir de entrevistas aplicadas a três dirigentes da área (Secretaria de Estado da Saúde/SP, Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde – FENAESS e Associação de Hospitais do Estado de São Paulo – AHESP) e de revisão bibliográfica de três revistas especializadas brasileiras (AKERMAN, 1996).

Já pensando no presente trabalho, no período de novembro de 1998 a janeiro de 1999, foi realizado um estudo piloto junto a executivos de hospitais e outros serviços de saúde nos municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro, no final de 1998 e início de 1999. Esse estudo, realizado junto a hospitais cujos executivos mantinham algum tipo de relação com os pesquisadores, tinha como objetivo identificar respostas comuns e pontos considerados importantes pelos executivos pesquisados que servissem de substrato para a elaboração do questionário utilizado para a investigação atual. Para tanto, foram enviados, por fax, treze questionários com questões abertas relacionadas a programas e atividades de qualidade nos serviços selecionados. Apenas 10 dos 13 questionários retornaram preenchidos (80%), após muita insistência, fazendo crer que haveria dificuldade em obter mais respostas numa situação menos protegida, de amostra probabilística, com hospitais e dirigentes potencialmente não conhecidos. Dentre as instituições consultadas no piloto constavam 3 hospitais universitários (todos públicos), 2 SADTs (um público e um privado), 3 hospitais públicos, 3 hospitais privados (com finalidade lucrativa) e 2 financiadoras (uma cooperativa e uma autogestão).

De posse das respostas desses 80% dos questionários enviados, foi elaborada uma versão preliminar do questionário, desta vez contendo questões abertas e fechadas. Para a validação desta versão, a mesma foi aplicada, como pré-teste, em quatro hospitais não pertencentes à amostra (1 universitário, 1 público e 2 privados com finalidade lucrativa) que se dispuseram a fazer sugestões para o aprimoramento do instrumento. A cada aplicação, o questionário era aperfeiçoado para a aplicação seguinte, até que se chegou à versão final (anexo 1). Antes de chegar ao questionário definitivo, contou-se ainda com a revisão de uma cientista social,

especialista em metodologia de pesquisa, e por três outros profissionais atuantes na área de administração hospitalar.

Em paralelo com a elaboração da ferramenta de pesquisa, deu-se início ao processo de determinação e seleção da amostra. A partir do banco de dados do Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, obteve-se o Cadastro Geral dos Hospitais de São Paulo atualizado em 1998 (CIS, 1998). Neste cadastro, os 956 hospitais do estado são apresentados subdivididos em categorias segundo **propriedade/regime jurídico: federais, estaduais, municipais, universitários com e sem pesquisa, filantrópicos, privados com finalidade lucrativa, conveniados, contratados e próprios**. Visando uma maior homogeneização, tais categorias foram reagrupadas: **públicos** (subdivididos entre federais, estaduais e municipais), **filantrópicos, não filantrópicos** (embora o nome desta categoria chame a atenção, agrupou-se aqui hospitais privados com finalidade lucrativa, conveniados, contratados e próprios) e **universitários** (com ou sem pesquisa).

Um segundo critério utilizado para a classificação dos hospitais foi o **porte**. Embora o Ministério da Saúde preconize a divisão pelas categorias **“pequeno”** (0 a 50 leitos), **“médio”** (51 a 150 leitos), **“grande”** (151 a 300 leitos) e **“especial”** (acima de 300 leitos), para esta pesquisa, uma vez que o total de hospitais nos dois primeiros grupos é semelhante e o agrupamento das duas últimas categorias se aproxima das duas anteriores, optou-se por trabalhar com apenas três. Dessa forma o universo dos hospitais do estado de São Paulo ficou distribuído conforme a tabela 1 a seguir:

**Tabela 1**

**Distribuição dos Hospitais do Estado de São Paulo (1998)  
por Tipo e Porte**

| <b>UNIVERSO</b>         |   |                 |                    |              |                  |
|-------------------------|---|-----------------|--------------------|--------------|------------------|
| <b>DESCRIÇÃO</b>        | <b>Nº de hospitais por nº de leitos</b> |                 |                    |              |                  |
|                         | <b>Até 50</b>                           | <b>51 a 150</b> | <b>mais de 150</b> | <b>TOTAL</b> | <b>%do univ.</b> |
| <b>PÚBLICO</b>          | 110                                     | 35              | 47                 | <b>192</b>   | <b>20,1%</b>     |
| <b>FILANTRÓPICO</b>     | 88                                      | 166             | 101                | <b>355</b>   | <b>37,1%</b>     |
| <b>NÃO FILANTRÓPICO</b> | 134                                     | 138             | 111                | <b>383</b>   | <b>40,1%</b>     |
| <b>UNIVERSITÁRIO</b>    | 0                                       | 7               | 19                 | <b>26</b>    | <b>2,7%</b>      |
| <b>TOTAL</b>            | <b>332</b>                              | <b>346</b>      | <b>278</b>         | <b>956</b>   | <b>100,0%</b>    |
| <b>%</b>                | 34,7%                                   | 36,2%           | 29,1%              | <b>100%</b>  | <b>-</b>         |

Fonte: CIS, Secretaria de Estado da Saúde/São Paulo 1998

Diante desse universo, o próximo passo foi a determinação do tamanho da amostra. Consultado um professor de estatística, utilizando como base para os cálculos a metodologia de amostragem aleatória simples e assumindo um erro amostral de 0,10 com um nível de confiança de 95%, seria necessária uma amostra de cerca de 100 hospitais. Supondo um índice de respostas próximo de 80%, determinou-se o tamanho da amostra em 120 unidades.

O plano ideal envolveria o uso de uma amostra estratificada com sorteios de amostras aleatórias simples em cada estrato, com hospitais que seriam entrevistados diretamente. Entretanto, restrições orçamentárias e o tempo disponível para a pesquisa não permitiriam a visita direta a cada unidade sorteada. Optou-se, então pela consulta via correio. Decidiu-se utilizar estratificação implícita, conforme descrito abaixo.

Tentando minimizar possíveis vieses nas respostas, assumiu-se o compromisso de avaliar seus efeitos fazendo a análise posterior da distribuição dos respondentes

segundo algumas categorias, tais como, porte, regime jurídico e outros julgados convenientes.

No processo de amostragem os estratos selecionados foram hospitais públicos, filantrópicos, não filantrópicos e universitários, agrupados de acordo com o critério anteriormente descrito. Dentro de cada estrato, os hospitais foram distribuídos de forma aleatória em uma planilha Excel, para, a partir daí, serem selecionados. A sistemática de sorteio a ser adotada seria a seleção de um (1) hospital a cada intervalo de oito (8), partindo do primeiro da lista. Dessa forma seria atingido o número preestabelecido de 120 hospitais da amostra. Entretanto, a categoria de hospitais universitários era pouco numerosa, o que iria resultar numa amostra pouco representativa para esse estrato. Assim, o intervalo da sistemática de sorteio foi diminuído para seis (6) unidades. Dessa forma a amostra foi aumentada para 159 hospitais, vindo a contribuir, secundariamente, para diminuição do erro amostral. A distribuição da amostra planejada pode ser vista na tabela 2:

**Tabela 2**

**Distribuição dos Hospitais da Amostra Planejada por Tipo e Porte**

| <b>AMOSTRA PLANEJADA</b> |   |                 |                    |              |                |
|--------------------------|---|-----------------|--------------------|--------------|----------------|
| <b>DESCRIÇÃO</b>         | <b>Nº de hospitais por nº de leitos</b> |                 |                    | <b>TOTAL</b> | <b>% da am</b> |
|                          | <b>Até 50</b>                           | <b>51 a 150</b> | <b>mais de 150</b> |              |                |
| <b>PÚBLICO</b>           | 17                                      | 6               | 8                  | <b>31</b>    | <b>19,5%</b>   |
| <b>FILANTRÓPICO</b>      | 14                                      | 28              | 17                 | <b>59</b>    | <b>37,1%</b>   |
| <b>NÃO FILANTRÓPICO</b>  | 22                                      | 23              | 19                 | <b>64</b>    | <b>40,3%</b>   |
| <b>UNIVERSITÁRIO</b>     | 0                                       | 1               | 4                  | <b>5</b>     | <b>3,1%</b>    |
| <b>TOTAL</b>             | <b>53</b>                               | <b>58</b>       | <b>48</b>          | <b>159</b>   | <b>100%</b>    |
| <b>%</b>                 | 33,3%                                   | 36,5%           | 30,2%              | <b>100%</b>  | -              |



Com base nas respostas iniciais, obtidas no estudo piloto, estimou-se que a frequência de hospitais com alguma iniciativa ou sistema de qualidade seria em torno de 40%. Este número foi assumido para o cálculo do tamanho da amostra. Obtidas as respostas, percebeu-se que a frequência desta variável foi menor do que a esperada (22,7%). Essa situação interfere na análise, uma vez que a margem de erro implícita no cálculo da amostra terá um efeito relativo maior em 22,7% do que nos 40% anteriormente previstos. Entretanto, aplicando a margem de 10% de erro, anteriormente determinada, é possível assumir que a essência da análise não se perde. Ou seja, 32,7% de fato é maior que 22,7%, embora continue a ser um valor muito baixo para o mais desenvolvido estado brasileiro. No outro extremo, 12,7% seria uma situação ainda pior do que a verificada.

Uma vez selecionada a amostra, partiu-se para os contatos iniciais. Nessa ocasião buscou-se confirmar, por telefone, o endereço do hospital e identificar a pessoa mais indicada para responder o questionário. Informou-se a instituição que ele seria enviado brevemente e solicitava-se resposta pronta. O material enviado a cada hospital pesquisado era composto de um questionário (anexo 1), uma carta de apresentação (anexo 2) e um envelope de resposta com porte pago. A carta de apresentação destacava os objetivos e a importância da pesquisa, bem como apresentava argumentos visando estimular a resposta, continha informações necessárias para o preenchimento do questionário e o sua devolução.

Sete dias após a data de envio, foi feito o primeiro contato de cobrança. Nesse momento confirmava-se o recebimento do material pelo respondente identificado, estimulava-se a resposta e pedia-se uma previsão do tempo para devolução. Aproveitava-se a ocasião para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que, por acaso, houvesse. Outros dois contatos foram feitos com intervalos de 15 e 30 dias da data de envio. Sete dias após o terceiro contato partiu-se para o segundo envio. Neste, além do material anteriormente remetido, seguia uma carta de cobrança (anexo 3) informando do não recebimento até o momento e o prazo decorrido até então. A partir dessa fase, os procedimentos de cobrança foram repetidos com os

mesmos intervalos de tempo acima citados. Um terceiro envio foi necessário para se atingir um número representativo de respondentes, o que foi feito de maneira similar aos dois anteriores. O primeiro envio foi feito no início de setembro de 1999, o segundo no final de outubro de 1999 e o terceiro no início de dezembro do mesmo ano.

A resposta espontânea ao primeiro envio foi de 12% (19 questionários). Após as cobranças esse índice subiu para 23% (36 questionários). Para o segundo envio foi obtido um índice de resposta similar, quando foi atingido o número de 66 questionários (42%). Como qualquer novo questionário corresponderia a quase um por cento, decidiu-se tentar chegar a pelo menos 50% de respostas. Assim partiu-se para o terceiro envio, que correspondeu a mais uma sessão de cobranças, ao final da qual foi alcançado o número de 97 respondentes, atingindo 61% da amostra. Cada questionário respondido significava uma carta de agradecimento ao hospital.

## **IV. RESULTADOS**

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS**

Ao final do recebimento das respostas a distribuição entre respondentes e não respondentes está descrita nas tabelas 3 e 4, as mesmas que servirão de base para a análise subsequente.

Tabela 3

## Distribuição dos Hospitais Respondentes por Tipo e Porte

| RESPONDENTES     |                                  |           |             |           |             |
|------------------|----------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| DESCRIÇÃO        | Nº de hospitais por nº de leitos |           |             |           |             |
|                  | Até 50                           | 51 a 150  | mais de 150 | TOTAL     | %da am      |
| PÚBLICO          | 14                               | 6         | 7           | 27        | 27,8%       |
| FILANTRÓPICO     | 8                                | 20        | 13          | 41        | 42,3%       |
| NÃO FILANTRÓPICO | 5                                | 13        | 8           | 26        | 26,8%       |
| UNIVERSITÁRIO    | 0                                | 1         | 2           | 3         | 3,1%        |
| <b>TOTAL</b>     | <b>27</b>                        | <b>40</b> | <b>30</b>   | <b>97</b> | <b>100%</b> |
| %                | 27,8%                            | 41,2%     | 30,9%       | 100%      | -           |

Tabela 4

## Distribuição dos Não Respondentes por Tipo e Porte

| NÃO RESPONDENTES |                                  |           |             |           |             |
|------------------|----------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| DESCRIÇÃO        | Nº de hospitais por nº de leitos |           |             |           |             |
|                  | Até 50                           | 51 a 150  | mais de 150 | TOTAL     | %da am      |
| PÚBLICO          | 3                                | 0         | 1           | 4         | 6,5%        |
| FILANTRÓPICO     | 6                                | 8         | 4           | 18        | 29%         |
| NÃO FILANTRÓPICO | 17                               | 10        | 11          | 38        | 61,3%       |
| UNIVERSITÁRIO    | 0                                | 0         | 2           | 2         | 3,2%        |
| <b>TOTAL</b>     | <b>26</b>                        | <b>18</b> | <b>18</b>   | <b>62</b> | <b>100%</b> |
| %                | 41,9%                            | 29%       | 29%         | 100%      | -           |

Dos 97 hospitais que responderam, 27,8% tinham menos de 50 leitos (portanto, eram de pequeno porte), 41,2 % tinham entre 51 e 150 leitos (médio porte), 23,7% tinham entre 151 e 300 leitos (de grande porte) e 7,2% eram de porte especial. (ou

seja, 30,9% dos respondentes tinham acima de 150 leitos, contra 29,1% no universo). Os públicos, que representam 20,1% do universo (e 19,5% da amostra), entre os respondentes foram 27,8%, mostrando talvez maior disponibilidade em oferecer seus dados para estudo. O mesmo pode ser dito dos hospitais filantrópicos, que no universo e na amostra eram 37,1% e entre os respondentes passaram a ser 42,3% e, a rigor, dos universitários, 2,8% do universo, 3,1% da amostra e 3,1% dos respondentes. Um dos hospitais universitários da amostra passava na época por um processo de transição na sua alta direção, não tendo sido possível obter resposta para o questionário. Neste caso, como o número de hospitais era muito baixo, a resposta faria muita diferença nesta análise.

Esta grande disponibilidade foi contrabalançada pelos hospitais ditos “não filantrópicos”, que representam 40,1% do universo (40,3% da amostra) mas que, entre os respondentes, passam para 26,8%. Nesse grupo a maior parte dos não respondentes se concentrou na categoria de pequeno porte. Na tentativa de reduzir dúvidas quanto à possibilidade de existir diferenças entre os respondentes e não respondentes, e conseqüentemente um viés devido a esta categoria, foi feito contato telefônico com os não respondentes deste grupo, buscando identificar a existência ou não de iniciativas ou sistemas de qualidade. Constatou-se semelhança entre as respostas telefônicas e aquelas enviadas por correio. Neste grupo, apenas um (01) de um total de cinco (5) afirma ter alguma iniciativa ou sistema; dos dezessete (17) não respondentes descobriu-se que cinco (5) não existiam mais e os outros doze (12) informaram não ter nenhuma iniciativa nesse sentido. Ficou caracterizado um viés, entre os hospitais deste grupo, de que aqueles que não tinham iniciativas de qualidade não teriam interesse em responder o questionário.

Ainda tentando caracterizar a amostra (ver anexo 4), 72 dos 97 hospitais respondentes se definem como hospitais gerais (74,2% dos respondentes), 9 referem ter mais de uma especialidade (9,3%) e os demais 16 referem dedicar-se à clínica ou à cirurgia ou à pediatria ou à maternidade ou a alguma outra especialidade (16,5%).

Dos 97 hospitais, 70 (72,2%) afirmam conhecer algum sistema de qualidade. Isto significa que 27 (27,8%) dos respondentes, dirigentes hospitalares (entre eles, possivelmente, com frequência médicos ou enfermeiros), não conhecem nenhum, no estado de São Paulo em 1999. O total de citações sobre o sistemas de qualidade conhecidos foi 199. Destas 132 (66,3%) se referiam a sistemas não específicos para o setor saúde, como TQM, ISO, CCQ, 5S e 63 (31,7%) a sistemas específicos do setor (CQH e Acreditação). As 4 citações restantes foram “outros”, prejudicando esta análise. De qualquer maneira, as alternativas oferecidas para sistemas conhecidos foram suficientes para a quase totalidade das respostas.

Nesta mesma população, frente à pergunta sobre se conheciam algum caso de implantação bem sucedida de programa de qualidade, 8 não responderam (8,2%). Dos demais, 44 responderam que sim (45,4% dos respondentes a este questionário e 49,4% dos que responderam esta pergunta), o que significa que mais de 50% dos que responderam a esta pergunta afirmaram não conhecer nenhum caso de programa de qualidade bem sucedido (50,6%). Dos 44 que responderam que sim, houve dispersão das respostas, tanto na área de saúde quanto na área empresarial. Na área empresarial, houve concentração no programa de algumas estatais, privatizadas ou não (CVRD, SABESP, CPFL, COSIPA). Na área de saúde, o mais citado foi o Hospital Albert Einstein. Também tiveram mais de uma referência os hospitais São Luiz, Ana Costa, Leonor Mendes de Barros e Hospital das Clínicas. Entre os 64 sistemas implantados, segundo os 44 respondentes, somente 15 eram específicos do setor saúde (23,4%), os mesmos CQH e Acreditação (sendo que no caso o CQH era o mais conhecido, responsável por 11 em 15, 73,3% das respostas). Dos demais, aquele mais presente foi o sistema ISO (21 respostas ou 32,8%), seguido pelo 5S (20,3%).

Frente à pergunta sobre o conhecimento de alguma tentativa de implantação que tenha sido abandonada, dos 97 questionários recebidos não havia resposta em 11 (11,3%). Dos 86 que responderam, 11 afirmaram conhecer fracassos (12,8% dos que

responderam e 11,3% do total), 6 na área da saúde (tanto em hospitais públicos quanto em hospitais privados) e 5 no setor industrial.

Finalmente, retomando a questão que motivou esta pesquisa, em relação à existência ou não de iniciativas de qualidade em hospitais do estado de São Paulo, dos 97 respondentes 22 (22,7%) afirmaram que no hospital no qual trabalham já foi implantado ou está em implantação algum(a) sistema (iniciativa) de qualidade (e, conseqüentemente, 75 – ou 77,3% - informaram que não).

## 2. HOSPITAIS COM IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA/INICIATIVA DE QUALIDADE

Vinte e dois hospitais (22,7%) se apresentaram como tendo implantado algum sistema ou iniciativa de qualidade. A distribuição destes 22 hospitais era: 7 públicos (31,8%), 5 filantrópicos (22,7%), 8 não filantrópicos (36,4) e 2 universitários (9,1%). Ainda tentando caracterizar esta sub amostra, 1 (4,5%) é de pequeno porte, 8 (36,4%) são de médio porte, mais 8 (36,4%) de grande porte e 5 (22,7%) de porte especial. (ou seja, 13 (59,1%) estão na categoria “acima de 150 leitos” usada neste estudo).

Os 22 respondentes referiram-se a 29 sistemas ou iniciativas. Dos 29 sistemas mencionados, 15 (51,7%) foram os específicos (9 CQH e 6 Acreditação). Dos não específicos, o mais citado nesta amostra foi 5S, com 6 respostas, seguido pelo ISO com 3. Isto mostra que não necessariamente o mais conhecido é o mais implantado, talvez pelo grau de dificuldade ou pelos custos envolvidos. A resposta para o tempo de implantação mostrou uma distribuição em que 3 deles foram implantados num prazo menor que um ano, 5 deles de um a dois anos, 3 entre dois e três anos e os outros 11 declaram estar ainda em processo de implantação. Nenhum deles declarou um tempo de implantação maior que três anos. A questão sobre razões para implantação permitia uma ponderação interna. Após a atribuição dos pesos, as

razões mais valorizadas para a implantação foram, em primeiro lugar, melhorar a assistência prestada, em segundo a melhoria da organização e em terceiro o aumento da satisfação do usuário. Em 54,5% dos casos (12 respostas) a direção superior foi percebida como responsável pela seleção do sistema implantado. Os motivos para a seleção foram, em primeiro lugar, informações obtidas em cursos ou eventos científicos, em segundo informações da literatura e, em terceiro, determinação superior.

Analisando os custos de implantação, exceto no caso de consultoria, em que a alternativa mais votada foi “zero”, tanto nos gastos com treinamento quanto naqueles com informatização quanto ainda com ambiente físico, a resposta mais freqüente foi “não sei”. Nos gastos com consultoria, a alternativa “não sei” foi a segunda escolhida com maior freqüência. Em geral, os respondentes tenderam a minimizar os custos: valores abaixo de R\$ 10.000,00 sempre estavam entre as alternativas mais citadas enquanto que valores acima de R\$ 100.000,00 eram mencionados com freqüência menor.

Perguntados quanto às facilidades encontradas na implantação, entre as respostas obtidas a mais valorizada foi o envolvimento da direção superior, seguida pelo interesse do corpo funcional pela qualidade e pela atitude favorável às mudanças por parte do corpo funcional. Credibilidade da gerência, acesso a treinamento e interesse num símbolo de qualidade também foram lembradas. Em relação às dificuldades, a maior foi a falta de formação do pessoal envolvido, seguida, pela ordem, por tempo decorrido até a obtenção dos resultados, peculiaridades do setor saúde, que conflitariam com sistemas de qualidade, custos elevados, resistência dos funcionários, dificuldade de envolvimento do corpo funcional, dificuldade de envolvimento da direção superior e resistência dos gerentes. Estas dificuldades podem ser parte dos motivos pelos quais tantos hospitais não implantam iniciativas de qualidade. Por outro lado, talvez cabesse uma reflexão sobre como garantir a sustentabilidade dos sistemas de qualidade (GORMAN; KREHBIEL 1997).

Vinte dos vinte e dois hospitais que declaram ter programas de qualidade afirmam monitorar indicadores, em confronto flagrante com os achados de Silva (1998). Das 58 respostas quanto aos tipos de indicadores, 29,3% se referem a indicadores de produtividade, 24,1% mencionam indicadores financeiros, 22,4% se referem aos de recursos humanos, 20,7% mencionam indicadores de qualidade e 3,4% se referem a indicadores de outro tipo. Sobre a mesma questão, no que se refere aos hospitais, 85% declaram utilizar indicadores de produtividade, 70% indicadores financeiros, 65% indicadores de recursos humanos e apenas 60% utilizam indicadores de qualidade.

Os resultados positivos obtidos foram, pela ordem, a participação dos funcionários, o aumento da satisfação do usuário (de acordo com a motivação expressa), empatados a racionalização dos processos e a responsabilização dos funcionários, a melhora nos indicadores de eficiência, seguida do aumento na satisfação destes. A não percepção de resultados até o momento da pesquisa teve mais respostas do que a redução de custos. Quanto aos resultados negativos, o mais citado foi a ausência de resultados até o momento da pesquisa, seguido pelo aumento de conflitos internos. Em terceiro lugar apareceu a concentração no sistema de qualidade em detrimento das pessoas e logo após o aumento da competição interna. O aumento de custos foi citado a seguir e ainda apareceram a redução da satisfação dos funcionários e dos usuários. Dezenove dos vinte e dois responderam sobre resultados inesperados: 9 disseram tê-los observado e 10 não. Isto a rigor mostra que o “conhecimento profundo” pregado por Deming não necessariamente é real.

### 3. HOSPITAIS SEM IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA/INICIATIVA DE QUALIDADE

Dos 75 hospitais nesta categoria, 51 ( 68%) questionários apresentaram como resposta que a possibilidade de implantação ainda não tinha sido discutida e em um (1,3%) tinha sido tomada a decisão de não implantar qualquer programa. Ou seja,



em 98,7% dos hospitais a decisão referente a iniciativas de qualidade ainda não se tinha colocado, obrigando a trazer à baila a questão do processo decisório em organizações hospitalares (MEDEIROS, 1999; MALIK, 1983). No caso em que foi, de fato, tomada a decisão da não implantação, ela não foi de iniciativa nem da direção superior nem do Conselho de administração nem da mantenedora. Os motivos alegados para a não implantação foram a falta de recursos, seguida de perto pelo alto custo da implantação. Em terceiro lugar aparece o desconhecimento dos sistemas, seguido da inadequação do sistema ao hospital e das peculiaridades do sistema de saúde. A falta de necessidade e o fato de o hospital já ter qualidade também foram citados.

Destes 75 hospitais, 8 responderam já ter havido alguma tentativa anterior, abandonada (3 CQH, 2 TQM, 1 Acreditação, 1 5s e 2 “outros”) e 54 dos respondentes (72%) manifestaram a intenção de implantar algum programa (15 CQH, 11 TQM, 12 Acreditação, 8 ISO e 7 5S), 20 dos quais (37%) não sabem quando e 29 (53,7%) entre este ano e dentro de um a dois anos. No entanto, desses 54, quando perguntados quanto pretendiam/imaginavam investir, 27 (50%) não sabiam quanto investiriam em treinamento, 24 (44,4%) não sabiam quanto investiriam em área física e em consultoria e 20 (37%) não sabiam quanto investiriam em informatização. Zero era a intenção de investir de 5 respondentes (9,3%) em treinamento e informatização, 6 (11,1%) em transformação física e de 8 (14,8%) em consultoria. 13 dos respondentes (24,1%) acreditavam ter que investir mais de R\$ 100.000,00 em transformação física. Em treinamento, 13 (24,1%) acreditavam ter que investir menos de R\$ 10.000,00; em informatização a maior frequência foi 10 (18,5%), concentrada também em menos de R\$ 10.000,00 e em consultoria até R\$ 30.000,00 (englobando suas categorias) foi a resposta de 17 (31,5%).

## V. CONCLUSÕES

Estes resultados chamam a atenção devido ao baixo número de hospitais que admitem ter implantado alguma iniciativa de qualidade. Conforme sugerido na *Metodologia*, pode-se supor que estes dados ainda sejam otimistas, pois contato telefônico realizado com todos os hospitais ditos não filantrópicos de pequeno porte selecionados para receber o questionário demonstrou que boa parte dos não respondentes não tinha qualquer iniciativa ou programa de qualidade instalado. Ou seja, nos 39% não respondentes possivelmente a proporção dos hospitais que não relatavam atividades voltadas à qualidade seria mais elevada que os 77% dos respondentes.

Os resultados obtidos também apontam para o conhecimento abaixo do esperado, na era da globalização, de um dos modismos do final dos anos 80 e de todos os anos 90. Isto chama ainda mais a atenção numa área como a da assistência médica, em que a qualidade deveria ser uma reivindicação geral, desde os cidadãos (que, embora raramente, conseguem mais reclamar frente a resultados insatisfatórios ou a custos abusivos) até os financiadores (que além de reclamarem dos custos da assistência, muitas vezes se queixam de ser confrontados com “caixas pretas”, sem conseguir diferenciar o que mereceria ser remunerado de maneira diferenciada) e os profissionais (que têm no seu discurso a qualidade a qualquer preço). O poder público tem começado a se movimentar no sentido de ouvir mais a população e até de estimular o desenvolvimento de programas de qualidade nos seus serviços próprios, embora os investimentos para isto tenham que ser buscados mediante projetos especiais.

Chama ainda a atenção a diferença que se verifica entre o conhecimento e a implantação de programas e instrumentos específicos e genéricos. Assim, por exemplo, o ISO é muito conhecido (relativamente) e pouco implantado na saúde (MELLO; CAMARGO, 1998), enquanto que o CQH, mais divulgado na área da saúde, passa a destacar-se entre as iniciativas implantadas, talvez devido a seu

tempo de existência concreta e divulgação competente nos diferentes fóruns do setor. Por exemplo, seu “Manual de Orientação”(CQH, 1999) já está em sua terceira edição.

Observa-se também que ISO já teve (talvez ainda tenha) um papel importante na aceitabilidade do produto que obteve este certificado pelo mercado internacional. Muitos “consumidores” já viram em produtos por eles adquiridos a chancela ISO e alguns tiveram curiosidade em saber do que se trata. Quanto ao CQH, como qualquer outro sistema de acreditação/certificação proposto para organizações de saúde, costuma ter o interesse dos financiadores, interessados em descobrir o que compram ou pelo que pagam. O fato de ser uma avaliação idealmente realizada por especialistas na área dá ao certificado uma legitimidade especial. Por isso, têm assento no Conselho do ONA representantes dos financiadores e dos prestadores. Pensando no mercado internacional, o Hospital com atividades de qualidade mais conhecidas pelos respondentes, Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), foi acreditado pela Joint Commission International em fevereiro de 2000, tendo feito intensa divulgação em jornais e revistas mediante inserção de matéria publicitária. A imprensa propriamente dita deu espaço muito pequeno ao fato, mesmo que a solenidade tenha contado com a presença de Presidente da República, Ministro da Saúde, Governador do Estado e Prefeito Municipal.

A disponibilidade dos hospitais em servir de *benchmarking* não parece intensa. De qualquer forma, aqueles mais citados entre os conhecidos (São Luiz, Ana Costa, Leonor Mendes de Barros e Clínicas) estão de fato entre aqueles mais presentes em congressos nacionais, exceto o Ana Costa. Este, que está de fato entre os pioneiros a falar em qualidade, teve seu trabalho muito divulgado no meio com a publicação, no começo dos anos 90, de um livro editado pelo seu consultor de qualidade e que tinha um nome muito adequado mercadologicamente (Hospital: fui bem atendido). O Leonor Mendes de Barros foi dos primeiros hospitais públicos a receber o selo de conformidade do CQH e o Hospital das Clínicas promoveu eventos voltados à qualidade de grande visibilidade entre os hospitais (QUALIHOSP), nos quais

divulgava suas atividades. Como não necessariamente estes hospitais apresentam grandes modificações nos seus resultados por terem seus programas de qualidade, não se pode dizer que eles sejam um estímulo para os demais. Ou, pelo contrário, incluindo o HIAE, podem ser vistos pelos demais hospitais como exceções, difíceis de alcançar.

Muito se trabalhou, no final dos anos 90, com a premissa de que mesmo na área da saúde a “qualidade” podia ser considerada uma vantagem competitiva ou até uma necessidade para entrar no mercado (HARRINGTON, 1997). Este trabalho aparentemente contraria esta percepção. Talvez o mercado do setor ainda não esteja tão competitivo, talvez a saúde tenha outros mecanismos para se mostrar competente...mas aparentemente estas iniciativas ainda não chegaram ao setor, o que ou mostra um terreno fértil para o desenvolvimento dessas atividades ou sugere que se busquem outros mecanismos de sensibilização dos serviços para o assunto. Entre as causas para isto deve estar a falta de vontade de pensar em mudar a organização e sua cultura (MALIK, 1992; WHITNEY; PAVETT, 1998; LASZLO, 1998; CAMERON;SINE, 1999) ou até mesmo o medo dos efeitos de atividades voltadas à qualidade nas organizações (MORAN;BRIGHTMAN, 1998).

Também pode simplesmente ser considerada alguma resistência dos administradores à gestão da/pela qualidade (FEINBERG, 1998), embora não necessariamente na área da saúde se possa falar de gestão profissional. Por outro lado, há referências bibliográficas que questionam a necessidade de gerir programas de qualidade (KNIGHTS; CABE, 1996). Dentro do esperado – e de acordo com as críticas que se faz comumente à gestão do setor – está o “desconhecimento profundo” (e assumido) dos custos deste projeto, que não deve ser tão diferente do desconhecimento dos custos nas atividades de saúde de maneira geral (LASZLO, 1997; MACHOWSKI; DALE, 1998).

Difícil ter certeza quanto a se é o caso de tentar convencer os hospitais de que a qualidade é algo que certamente melhorará seu desempenho ou que atingirá aquelas

categorias que os hospitais apresentaram como aquelas que eles buscavam ou que encontraram após a implantação (HARDIE, 1998; GUSTAFSSON ; JOHNSON, 1997; HUFF ;FORNELL ;ANDERSON, 1996; GUIMARAES, 1996; JAYRAM; HANDFIELD; GHOSH, 1997; WOOD Jr; URDAN, 1994; TOLOVI Jr., 1994). Pouco pode ser dito aos hospitais, além do que está na teoria tradicional. Não há evidências de que os custos baixarão, pois isto é externo aos hospitais, que começam apenas agora a perceber as mudanças no mercado.

Nos USA há grandes bases de dados nacionais, que permitem comparabilidade entre todos tipos de serviço, na saúde, inclusive de seus custos e seus resultados. No Brasil, a grande maioria dos serviços de saúde ainda resiste a fornecer informações a respeito de suas atividades, seja por temer cópia, concorrência, fiscalização, mas até, se for o caso, por não ter dados e não se sentir confortável com esta situação. Será que isto pode ser um gatilho eficaz para estimular que serviços de saúde passem do discurso da situação dada para a prática da tentativa de mudança?

## **VI. BIBLIOGRAFIA**

- AKERMAN, M., – Gerência de qualidade nos hospitais paulistas. São Paulo, Cadernos Fundap, número especial, janeiro/abril, pp79-87. 1996.
- AZEVEDO, A.C. de; KORYCAN, T.L. – Transformar las organizaciones de salud por la Calidad. Santiago, PARNASSAH. 1999.
- AZEVEDO, C. da S. – Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Revista de Administração Pública, vol 29 número 3, pp33-58. 1995.
- BARBOSA, A.P., - Qualidade em serviços de saúde: análise dos instrumentos utilizados na promoção e garantia de qualidade na prestação de serviços

hospitalares em um hospital geral de grande porte no município de São Paulo, São Paulo, EAESP/FGV, Dissertação de Mestrado. 1995.

BASTOS, L.L., – O controle de qualidade nos serviços de saúde. São Paulo, EAESP/FGV, Dissertação de Mestrado. 1993.

BERWICK, D.M. et alii., – Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde, São Paulo, Makron, 1994.

BITTAR, O.J.N., – Qualidade e produtividade em hospitais: Sarvier, São Paulo. 1997.

CADERNOS FUNDAP, – Qualidade em saúde. Número especial, jan/abr. São Paulo. 1996.

CAMERON, K; SINE, W, – A framework for organizational quality culture. Quality Management Journal 99, vol 6 number 4, pp 7-25. 1999.

CARAP, L.J., – A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total: qual sua real dimensão nos serviços de assistência médico-hospitalar – a experiência do hospital Orêncio de Freitas. São Paulo, EAESP/FGV, Dissertação de Mestrado. 1997.

CARAPINHEIRO, G., – Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto, Edições Afrontamento. 1993.

CFM, – Resolução CFM número 1246/88 - Código de Ética Médica. Brasília, CFM. 1996.

CIS, – Cadastro Geral dos Hospitais de São Paulo. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. 1998.

- CQH, – Manual de orientação aos hospitais participantes. 3ªed., São Paulo, Atheneu. 1999.
- DEMING,W. E., – Qualidade: a revolução na administração. São Paulo.Marques-Saraiva . 1990.
- DONABEDIAN, A., – Seminar on assessment and assurance. PROAHSA, São Paulo, Vol. I e II. 1993.
- DRUCKER, P. F., – Administrando em tempo de grandes mudanças. São Paulo, Pioneira. 1995.
- FINBERG, S., – Why managers oppose TQM, The TQM Magazine, vol 10, number1, pp16-9. 1998.
- GONÇALVES, E.L., – Estrutura organizacional do hospital moderno. Revista de Administração de Empresas, volume 38, número 1, pp80-90. 1998.
- GORMAN, R.F.; KREHBIEL, T.C., – Quality management and sustainability. Quality Management Journal 97, vol 4, number 4, pp 8-15. 1997.
- GUIMARAES, T. , – TQM's impact on employees attitudes.The TQM Magazine, vol 8, number 1, pp 20-5. 1996.
- GUSTAFSSON, A.; JOHNSON, M.D., – Bridging the quality-satisfaction gap. Quality Management Journal, vol 4, number 3, pp 27-43. 1997.
- HARDIE, N. , – The effects of quality on business performance. Quality Management Journal 98, vol 5, number 3 pp 65-83. 1998.

HARRINGTON, H.J., – The fallacy of universal best practices. The TQM Magazine, vol 9 number 1 pp61-75. 1997.

HUFF, L.;FORNELL,C.; ANDERSON, E., – Quality and productivity: contradictory *and* complementary. Quality Management Journal 96, vol 4, number 1, pp 22-39. 1996.

JAYARAM, J.; HANDFIELD, R.;GHOSH,S ,– The application of quality tools in achieving quality attributes and strategies. Quality Management Journal 97, vol 5,number 1 pp 75-100. 1997.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS - Comprehensive accreditation manual for hospitals. The Official Handbook. JCAHO, Chicago, Oakbrook Terrace, 1997.

JOURNAL ON QUALITY IMPROVEMENT, – Quality improvement without borders, (número especial), vol 23, number 1. 1997.

KASHKOUSH, S.L.; NEUHAUSER, D.; ALEMI, F, – Personal continuous quality improvement project work book. Cleveland, Case Western Reserve University, 3rd edition. 1997.

KNIGHTS, D.; McCABE, D., – Do quality initiatives need management? The TQM Magazine, vol 8, number 3, pp 24-6. 1996.

LASZLO, G.P., – The role of quality costs in TQM. The TQM Magazine, volume 9, number 6, pp 410-3. 1997.

LASZLO, G.P., – Implementing a quality management program – three Cs of success: commitment, culture, cost. The TQM Magazine, volume 10, number 4, pp 281-7. 1998.



MACHOWSKI, F; DALE, B.G., – Quality costing: an examination of knowledge, attitudes and perceptions. *Quality Management Journal* , vol 5, number 3, pp 84-95. 1998.

MALIK, A.M., – Processo decisório em instituições de saúde: estudo de algumas variáveis em hospitais complexos no município de São Paulo. São Paulo, EAESP/FGV, Dissertação de Mestrado. 1983.

MALIK, A.M., – Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura da organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, vol 32, número 3, pp 32-41. 1992.

MALIK, A.M. et alli, – Programas de qualidade em hospitais. São Paulo, SENAC, mimeo, (documento interno). 1992.

MALIK, A.M. & SCHIESARI, L.M.C., – Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo, Peirópolis. 1998.

MEDEIROS, R. A., – Processo decisório em hospitais: estudo descritivo em hospitais de grande porte no município de São Paulo. São Paulo, PUC, Faculdade de Administração, Dissertação de Mestrado. 1999.

MELLO, J.B; CAMARGO, M.O., – Qualidade na saúde: práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo, Best Seller. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, – Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 1998.

MORAN, J.W.; BRIGHTMAN, B.K., – Effective management of healthcare change. *The TQM magazine*. Vol 10, number 1, pp 27-9. 1998.

MÜLLER, A.M.C, - Estudo de uma avaliação de hospitais realizada no município de Jundiaí. São Paulo, EAESP/FGV, Dissertação de Mestrado. 1996.

MURAHOVSKI, D., - Implantação de um prontuário eletrônico em um hospital de grande porte. São Paulo, EAESP/FGV, Dissertação de Mestrado, 2000.

PICCHIAI, D., – Mudança em instituições hospitalares: análise do processo e estudo da ação do administrador hospitalar. EAESP/FGV, NPP, Relatório número 4. 1998.

PROAHSA, – Indicadores PROAHSA. São Paulo, PROAHSA. 1996-1999.

SCHIESARI, L.M.C., – Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Dissertação de Mestrado. 1999.

SHORTELL, S. & KALUZNY, A., – Health care management: a text in organizational theory. New York, John Wiley & Sons. 1998.

SILVA, U. S. , – Indicadores de qualidade e produtividade. Dissertação de mestrado EAESP/FGV, São Paulo. 1998.

SISTEMA EINSTEIN DE QUALIDADE, – Padrões JC no HIAE. HIAE, mimeo, documento de trabalho. 1999.

TERRA, V., – Mudança organizacional e implantação de um programa de qualidade em um hospital do município de São Paulo. São Paulo, EAESP/FGV, Dissertação de Mestrado. 2000.

TOLOVI Jr, J., – Por que os programas de qualidade falham? Revista de Administração de Empresas, vol 34, número 6, pp 6-11. 1994.

- VIANNA, P.C., - Análise das causas e implicações do cancelamento de cirurgia em um hospital terciário de ensino: um enfoque epidemiológico. São Paulo, UNIFESP, Escola Paulista de Medicina, Dissertação de Mestrado. 1998.
- WALTON, M., – O método Deming de administração. São Paulo, Marques-Saraiva. 1989.
- WHITNEY,G.;PAVETT,C., – Total quality management as an organizational change: predictors of successful implementation. Quality Management Journal vol 5 number 4, pp 9-22. 1998.
- WOOD Jr, T.; URDAN, F.T., – Gerenciamento da qualidade total: uma visão crítica. Revista de Administração de Empresas, vol. 34, número 6, pp 45-59. 1994.