

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Gestão de Negócios

**Mudanças de Práticas de Gestão em Instituições
de Saúde com a adoção do Modelo do
CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar**

Elsimar Barros

**Santos
2008**

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Gestão de Negócios

Mudanças de Práticas de Gestão em Instituições de Saúde com a adoção do Modelo do CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Elsimar Barros

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão de Negócios da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Negócios.

Área de concentração: Estratégia e Competitividade

Orientador: **Prof. Dr. Luciano A. Prates Junqueira**

**Santos
2008**

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS
SibiU

3277m BARROS, Elsimar.
Mudanças de Práticas de Gestão em Instituições de Saúde com a adoção do Modelo do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar / Elsimar Barros – Santos :
[s.n.] 2008.
124 f. : 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa de Gestão de Negócios)

I. Barros, Elsimar. II. Mudanças de Práticas de Gestão em Instituições de Saúde com a adoção do Modelo do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar.

CDU 65.01(043.3)

Dedico este trabalho aos meus pais José Deusimar e Josefa Elza (*in memoriam*), meus exemplos de vida e que me transmitiram valores morais e éticos e se esforçaram para a minha formação.

E à Dra. Leyla Venegas Falsetti, pessoa através da qual agradeço a todos meus amigos que direta ou indiretamente me apoiaram, e que estiveram sempre presentes em todos os momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida e pela força que a fé me permitiu ter durante todo o desenvolvimento deste estudo.

Ao orientador Professor Doutor Luciano A. Prates Junqueira, por todo empenho, orientações, sugestões e avaliações sem as quais, esta dissertação não teria a formatação final apresentada. Sua sabedoria, incentivo e compreensão foram decisivas para a consecução deste trabalho.

Este trabalho, em diferentes situações e circunstâncias, contou com a colaboração e o apoio de muitas pessoas, às quais desejo manifestar o meu agradecimento.

À Dra. Leyla Venegas Falsetti, Representante da Direção e Coordenadora da Qualidade do Serviço de Hematologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP e amiga pelo apoio e atenção dispensada neste período.

À Gerente de Qualidade do HMSC, Dirce Stanger Martins, pela colaboração no desenvolvimento desta pesquisa. A qual parabênizo mais uma vez pelo trabalho realizado na Instituição.

À Sra. Mirian Hisayo Nagai, Coordenadora do Programa – Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH, pelo tempo dedicado ao meu ensinamento.

Ao Gerente de Projeto da KEYASSOCIADOS Consultoria e Treinamento, Sergio Dutenhofner, pessoa através da qual agradeço a todos meus colegas de trabalho, que além de todo o apoio, compreensão e ensinamentos, me fizeram despertar o interesse pela busca constante da qualidade em todos os momentos da minha vida.

Aos professores e amigos do Programa de Mestrado em Gestão de Negócios pelos ensinamentos e também secretária Cátia Caires da Silva Santos pelo entusiasmo e otimismo contagiante na administração do Programa, sendo uma profissional extremamente competente e dedicada.

RESUMO

BARROS, Elsimar. **Mudanças de Práticas de Gestão em Instituições de Saúde com a adoção do modelo do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar.** Santos, 2008. 124 p, Dissertação de mestrado em Gestão de Negócios, Universidade Católica de Santos.

O modelo de gestão do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar - tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade das Instituições Hospitalares que vierem a utilizá-lo em sua gestão. O objetivo desta dissertação é apresentar os motivos da escolha desse modelo por uma Instituição de Saúde, a metodologia utilizada na implementação, as dificuldades da implantação e as mudanças de práticas de gestão resultantes da adoção desse modelo. Para alcançar o objetivo foi realizado um estudo de caso no Hospital HMSC. Os resultados revelam a importância da adoção do modelo de gestão, mesmo considerando que o hospital foi selado em novembro de 2007 e, portanto, ainda não dispõe de informações suficientes para avaliar a eficácia das práticas adotadas.

Palavras-Chave: modelo de gestão da saúde; gestão hospitalar; qualidade;

ABSTRACT

The model of CQH - (Commitment to the Hospital Quality) primary objective is to improve the quality of the Hospitals. The goal of this dissertation is to present the reasons for choosing a Health Institution, the methodology used for implementation, the challenges of the implementation and the changes in the management practices due to the adoption of this model. To achieve the goal, it was conducted a case study at the HMSC Hospital. The results reveal the importance of the applicability of the management model even considering that the hospital was certified in November 2007 and therefore does not yet have sufficient information to assess the effectiveness of the adopted practices.

Keywords: management model Health. quality. Management hospital

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Interior do Hotel-Dieu de Paris por volta do início do Séc. XVI.....	25
Figura 2: Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processo	46
Figura 3: Modelo de Gestão PNGS.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sistemas de Gestão.....	39
Quadro 2: Serviços hospitalares Acreditados.....	50
Quadro 3: Hospitais Selados.....	56
Quadro 4: Critérios de pontuação.....	84
Quadro 5: Os resultados dos Sistemas de Saúde.....	91

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1	Evolução do CQH no hospital HMSC.....	115
-----------	---------------------------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABA – Associação Brasileira de Acreditação
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ANTP – Associação Nacional de Transportes Públicos
- APM – Associação Paulista de Medicina
- CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
- CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação
- CCAOS – Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde
- CEF – Caixa Econômica Federal
- CEME – Central de Medicamentos
- CPES – Centro Paulista de Economia da Saúde
- CPMF – Contribuição Provisória Movimentação Financeira
- CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
- CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar
- CREMSP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- DATAPREV – Empresa Brasileira de Dados da Previdência
- DNS – Departamento Nacional de Saúde
- EAESP – Escola de Administração de Empresas de São Paulo
- ECO – Espaço de Convivência e Orientação
- FGV – Faculdade Getúlio Vargas
- FADS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- FNQ – Fundação Nacional da Qualidade
- FPAS – Fundo de Previdência e Assistência Social
- FNPQ – Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade
- FUNABEM – Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor
- HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- IAHCS – Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde
- IAP – Instituto Aposentadoria e Pensões
- IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
- IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
- IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
- IAPI - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPTEC - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Transportadores de Carga
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPES – Instituto Nacional de Assistência Médica Social
IPASE – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
ISO – International Organization for Standardization
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization
JCI – Joint Commission International
LBA – Legião Brasileira de Assistência
NA – Não aplicável
NAGEH – Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar
NBR – Norma Brasileira Registrada
NOAS – Norma Operacional da Assistência Social
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OSS – Organização Social de Saúde
PACQS – Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade e Produtividade
PBQP – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDCA – Plan, Do, Check, Out
PGAQS – Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNGS – Prêmio Nacional de Gestão da Saúde
PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade
PQGF – Prêmio Nacional de Gestão Pública
PROAHSA – Programa de Estudos Avançados e Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde
SAAAC – Serviço de Atendimento, Acolhimento e Assistência ao Cliente
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMPAS – Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
US – Unidade de Serviço
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. A QUALIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR.....	22
1.1. Instituição hospitalar: Surgimento e mudanças.....	22
1.2. O sistema de saúde e a evolução da estrutura no Brasil.....	28
1.3. Estratégias de qualidade da prestação dos serviços de saúde.....	39
1.3.1 ISO 9001:2000 – International Organization for Standardization.....	43
1.3.2 Joint Commission International – JCI.....	48
1.3.3 Organização Nacional de Acreditação – ONA.....	49
1.3.4 Compromisso com a Qualidade Hospitalar.....	51
2 MODELO DE GESTÃO (CQH).....	52
2.1. O que é o CQH, sua missão e valores.....	55
2.2. Modelo de gestão para a qualidade.....	59
2.2.1 Liderança.....	60
2.2.2 Estratégias e planos.....	62
2.2.3 Clientes e sociedade.....	63
2.2.4 Sociedade.....	66
2.2.5 Informações e Conhecimento.....	66
2.2.6 Gestão de pessoas.....	68
2.2.7 Gestão de processos.....	69
2.2.8 Resultados.....	71
2.3. Metodologia do CQH.....	75
2.3.1 Monitorização dos indicadores.....	77
2.3.2 Avaliação dos serviços pelos usuários.....	80
2.3.3 Auto-Avaliação.....	80
2.3.4 Visita para avaliação da conformidade.....	81
2.3.5 Reconhecimento (ou não) da conformidade.....	84
3. A Saúde no contexto internacional e nacional.....	88
3.1. O cenário internacional.....	88
3.2. O cenário nacional.....	92
3.3. Como melhorar este cenário	97
4. HOSPITAL HMSC: ESTUDO DE CASO.....	99
4.1. Perfil do hospital.....	100
4.2. Produtos e processos.....	101
4.2.1 Principais produtos e séricos relacionados diretamente à atividade fim da organização.....	101
4.2.2 Principais processos de produção ou prestação de serviço.....	105
4.2.3 Principais processos de apoio.....	110
4.3. Histórico pela busca da excelência.....	111
4.4. Metodologia de implantação.....	116
4.5. As mudanças de práticas de gestão.....	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123

INTRODUÇÃO

O tema que norteia este trabalho consiste na apresentação de modelos de gestão pré-definidos que se propõem a auxiliar a gestão de Instituições Hospitalares de qualquer porte e na apresentação das diferenças entre eles, com a identificação de instituições que os adotaram e discussão das dificuldades de implantação e das melhorias conquistadas com a adoção do modelo escolhido.

O interesse por esse tema surgiu do exercício profissional da autora que é consultora de Sistemas de Gestão, com experiência na área da saúde, que tem recomendado a implantação de Sistemas de Gestão da Qualidade como forma de manter as empresas competitivas e melhorar seus processos, como é defendido e demonstrado em vários estudos.

A necessidade de desenvolvimento de um modelo de gestão se dá, considerando que do ponto de vista gerencial, Instituições de Saúde são instituições como quaisquer outras. Segundo Oliva (2004), a função administrativa em um hospital é de suma importância para planejar, organizar, controlar e determinar o conjunto de ações que viabilizem a prestação do serviço. A gestão hospitalar, portanto é imprescindível. O serviço hospitalar possui peculiaridades como intangibilidade, inseparabilidade e variabilidade.

- Intangibilidade – A produção e consumo são simultâneos, não se pode pegar o serviço para verificar.

- Inseparabilidade – A doença está no paciente, não é possível separá-la para tratá-la.
- Variabilidade – tanto da capacitação profissional como das condições do paciente.

Hospitais são organizações complexas, os profissionais da área da saúde concentram-se na ética individualista, segundo a qual a saúde não tem preço, e uma vida salva justifica qualquer esforço. Em contrapartida, os economistas fixam-se na ética do bem comum, na utilização racional dos recursos, enfim o conflito persiste, (DEL NERO, 1995). Além disso, os avanços na área da saúde estão centrados numa forte incorporação de tecnologia, provocando rápidas e profundas transformações, obrigando os hospitais a adotarem estratégias de excelência, do contrário, correm o risco de não sobreviver, e ainda, a uma relativa qualificação dos recursos humanos que neles trabalham e numa visível melhoria de suas arquiteturas.

E em meio tanta tecnologia e inovação, há uma retórica recorrente da crise existente na saúde. Esse tema tem sido citado em diversos meios de comunicação, como: impossibilidade de pagamento de fornecedores ocasionando períodos de falta de medicamentos, como antibióticos, analgésicos e antiinflamatórios; quadro reduzido de profissionais e com isso um aumento no tempo de espera; superlotações, pessoas atendidas em corredores; infra-estrutura danificada, com infiltrações, falta de armários, equipamentos quebrados. E obviamente, a diminuição da qualidade dos serviços prestados.

A área de saúde vive em constante crise de financiamento e custeio, ocasionada pelo aviltamento das tabelas remuneração dos serviços prestados e pela falta de padronização, tanto da assistência médica, sem os devidos protocolos, quanto da gestão, que sequer conhece os custos dos serviços que prestam, permitindo assim a perda de parcela significativa de sua produtividade. Magnus (2006) relata que nas instituições privadas mais de 15% da produtividade do setor é desperdiçada, sendo suas principais causas: a utilização abusiva dos recursos pelos usuários dos planos de saúde e a falta de mecanismos para inibir e controlar os exageros; a falta do controle dos gastos no atendimento dos pacientes; a falta de cobrança de itens consumidos; a falta de conhecimento dos custos dos procedimentos, impedindo a realização de negociações transparentes com os compradores de serviço (menos de 1% dos serviços de saúde conhecem os custos dos procedimentos ou avaliam os procedimentos de forma padronizada); a falta de percepção dos gestores em relação ao uso da tecnologia da Informação e os benefícios utilizados pela sua utilização; e a falta de padrões e protocolos médicos, que gera grande distorção de conduta e custo dos atendimentos.

A crise da saúde pública pode ser melhor compreendida à luz da teoria da complexidade, que se caracteriza pela não-linearidade entre causa e efeito e pela aceitação de paradoxos antes intoleráveis pela ciência convencional.

Foucault (1979) discute essa complexidade. Para ele, o hospital é “um objeto complexo de que se conhecem mal os efeitos e as conseqüências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las e atenuá-las”.

Gauthier (1979), também define os hospitais como organizações particularmente complexas, destinadas à prestação de atividades altamente importantes para a sociedade.

A partir da teoria da complexidade, pode-se entender a crise da saúde como um emaranhado de dimensões históricas, econômicas, sociais, políticas e morais que constituem causas e/ou conseqüências dos problemas determinam a crise que se potencializam. A saúde é geradora e operada em ambiente complexo de natureza econômica e organizacional, nesse sentido, Gurgel & Vieira (2007), apresentam quais são os fatores determinantes deste problema:

- a) As leis de mercado não se aplicam ao setor em face as necessidade humana e prioridades não-mercantis, que se impõe independentemente dos custos de produção, valor de mercado me preços praticados.
- b) A concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações, pois este é um segmento cronicamente carente em alguns países;
- c) A variabilidade da assistência demandada por cada paciente comporta de maneiras subjetiva, o que dificulta essa padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços.
- d) Não há simetria de informação neste mercado, pois os clientes são geralmente leigos e não têm a capacidade de julgar seu

tratamento, nem suas necessidades, o que dificulta o exercício das opções de consumo;

e) O consumo do serviço é imediato à produção e, portanto, não há tempo para controle prévio da qualidade, nem estoque para inspeção final.

f) A produção do serviço é executada por uma grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, e com interesses corporativos distintos.

g) A categoria médica apresenta forte resistência aos programas de qualidade por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes ante o controle externo.

As organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação do capital. Independentemente, de sua natureza, as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e as políticas governamentais. Isso que coloca os hospitais frente a uma diversidade de interesses divergentes a completar.

Segundo Porter (2007), em um mercado normal, a competição gera melhorias contínuas em qualidade e custo. Mas no segmento da saúde a competição acontece nos níveis errados e nas coisas erradas. Os participantes competem na transferência dos custos, uns para os outros, no acúmulo do poder de barganha e na limitação de serviços. O fracasso da competição evidencia-se nas grandes e inexplicáveis diferenças em custo e qualidade, entre prestadores e entre

áreas geográficas, para o mesmo tipo de tratamento. Esse tipo de competição não gera valor para os pacientes, mas corrói a qualidade, nutre a ineficiência, e eleva os custos administrativos, a níveis abomináveis. E ainda, a competição não recompensa os melhores prestadores, e por outro lado os piores não vão à falência.

Para mudar esse contexto, torna-se necessário que todos os atores do setor de saúde adotem modelos de gestão com processos, protocolos médicos e indicadores de gestão padronizados, que permitam o uso adequado de recursos e a otimização da produtividade, evitando a evasão de receitas. (MAGNUS, 2006).

Existem várias sistemáticas para a gestão na saúde, entre elas podemos destacar quatro principais:

- NBR ISO 9001:2000;
- Acreditação Hospitalar;
- Joint Commission International (JCI);
- CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar;

além das metodologias propostas pelos prêmios:

- Prêmio Nacional da Qualidade;
- Prêmio Nacional de Gestão da Saúde;
- Prêmios regionais, como, o Prêmio Paulista de Qualidade e Gestão.

Todos os modelos de gestão possuem contribuições e restrições, por isso é importante saber qual modelo efetivamente garante melhores resultados.

Diante disto, se propõe o estudo do Programa do CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar, como um modelo particularmente eficaz para instituições de saúde, de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, estimulando a participação, a auto-avaliação e o trabalho coletivo, principalmente de grupos multidisciplinares envolvidos nos processos de atendimento.

O modelo é simples, baseado nos critérios internacionais de Excelência em Gestão, porém adaptado à nossa realidade. Valoriza as questões éticas, promove o aprendizado a partir da reflexão e da análise crítica dos processos e resultados, estando alinhado aos critérios do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde – PNGS.

Os hospitais participantes que aderirem ao Programa são beneficiados com um Modelo de Gestão para a qualidade, que periodicamente passa por avaliação pela equipe técnica, podendo ser reconhecido com um Selo de Conformidade. Além disso, são convidados para participar em eventos sobre qualidade e também reuniões periódicas de orientação e troca de experiências e assessoria específica sobre controle da infecção hospitalar. O Programa ainda fornece os recursos para a realização de *Benchmarking* com pelo menos 100 hospitais do Estado de São Paulo e pesquisa junto aos usuários.

A qualidade total aplicada às organizações hospitalares é algo instigante, capaz de provocar grandes discussões teóricas e um desafio à sua aplicabilidade prática. Este processo nos coloca diante de vários questionamentos,

motivo pelo qual ela deve continuar a ser estudada, como forma de desenvolver modelos de gestão mais adaptados às peculiaridades destas organizações, considerando sua complexidade e o ambiente institucional.

O modelo do CQH foi escolhido pela pesquisadora, por considerá-lo mais abrangente e eficiente na gestão das instituições hospitalar de se basear em critérios internacionais de Excelência em Gestão, adaptados à nossa realidade. Os benefícios para as organizações que buscam a implementação dos critérios do CQH são: a aplicação de fundamentos de excelência e de critérios de avaliação reconhecidos e utilizados mundialmente, o desenvolvimento de ações com foco nos resultados, o compartilhamento das informações internas entre os membros da organização, o estímulo para o comprometimento das pessoas que trabalham na empresa e o desenvolvimento de um sistema de auto-avaliação.

O programa CQH, em 2007 conta com 18 hospitais “selados” no país, dos quais destes 17 no Estado de São Paulo. Para alcançar o objetivo desta pesquisa, foi realizado um estudo de caso, com base em um dos hospitais, escolhido como objetodeste estudo em virtude da sua história e por ter sido recentemente selado, mais precisamente o 18º hospital a receber o selo de conformidade.

A metodologia utilizada nesta dissertação é do estudo de caso realizado em um hospital, selado pelo CQH, da rede hospitalar da cidade de São Paulo. A pesquisa é de natureza qualitativa e de cunho exploratório, feita mediante a realização de uma entrevista com a gestora da qualidade, para levantar os motivos de escolha do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, bem como a

metodologia de implantação e os resultados alcançados com essa implantação. Além dessa entrevista, foram levantados documentos que registram o início do processo e sua evolução, bem como visita para conhecimento e verificação da infraestrutura e funcionamento do hospital.

Com essas informações a dissertação busca dar conta das mudanças de práticas de gestão que a adesão ao Programa do Compromisso da Qualidade Hospitalar - CQH determina na administração de um hospital. Para isso serão analisados os modelos de gestão (ISO 9000, JCI e ONA), ou seja, suas características, aplicabilidade e limitações.

Em seguida, apresentar o modelo de gestão do CQH, seus valores, sua metodologia de implantação e de avaliação. E relatar o processo de implantação do modelo do CQH em uma instituição hospitalar, e sua influência nas práticas da organização. Essa análise partirá do pressuposto de que a adoção do Programa CQH pelo Hospital constitui em um dos fatores de eficácia na gestão hospitalar.

A partir destes objetivos esta dissertação se organiza em quatro capítulos. No primeiro será feita uma revisão bibliográfica para analisar os modelos de gestão existentes e o surgimento do hospital, ou o “nascimento do hospital” (FOUCAULT, 1979) nos seus aspectos históricos, culturais e políticos. Além da evolução do processo de assistência à saúde no Brasil.

É dessa evolução que surge a necessidade de um método de avaliação dos serviços de saúde, e desde as tentativas de elaboração do primeiro

Manual da OPAS, surgiram várias sistemáticas para a gestão pela qualidade na saúde, sendo que a Acreditação Hospitalar, *Joint Commission International* (JCI) e o CQH, os únicos que permanecem no mercado brasileiro. Além dos modelos citados, estudaremos a NBR ISO 9001:2000 por ser a metodologia mais aplicada em instituições de saúde no Brasil.

No segundo capítulo é apresentado o modelo de gestão do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar, em seguida, terceiro capítulo, é feita uma análise dos cenários da crise da saúde em âmbito internacional e nacional, para que no quarto capítulo os resultados da análise do estudo de caso no Hospital HMSC objeto tenham fundamento. E finalmente as considerações finais deste trabalho.

1. A QUALIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR

1.1. INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: SURGIMENTO E MUDANÇAS

Até a Idade Média (que, por convenção, vai do fim do Império Romano do Ocidente até à tomada de Constantinopla, em 1453, pelos otomanos) e desde o tempo da antiga Grécia, por volta do Séc. V a.C., a medicina era uma mistura de religião, magia e rituais de adivinhações e astrologia. A doença era o castigo ordenado pelos deuses a um pecador. Por isso os santuários, como o grande templo de Epidauro, primitivos hospitais, era dedicado aos deuses e neles os pacientes permaneciam em observação e tratamento. Havia exorcismos e receituários supersticiosos que, interpretados pelo olhar contemporâneo, eram inócuos e destituídos de significado racional.

Segundo Graça (1996) o poder médico começa por ser um poder mágico-religioso, independentemente daquele que o exerce (curandeiro, feiticeiro, sacerdote, físico ou cirurgião), tanto nas sociedades ditas primitivas como nas sociedades complexas. Esse poder baseia-se sobretudo na crença de que a cura da doença, embora operada por forças divinas, exige a intervenção, de um *medium* dotado de um dom ou carisma. Não é por acaso que o termo terapeuta (do grego *therapeutés*) significava originalmente "o que cuida, servidor ou adorador de um deus".

Apesar de Graça (1996) afirmar que não devemos considerar o templo Asclépio como um dos precursores remotos dos hospitais, relata que, neste Templo

se erguia uma imponente estátua da divindade, em ouro e marfim: sentado sobre o trono, Asclépio segurava com uma mão o ceptro enquanto a outra pousava na cabeça da serpente, para os gregos um animal sagrado e símbolo da própria arte de curar. Havia uma fonte "sagrada", em frente do templo, cujas águas serviam para os rituais de purificação, bem como os altares, também exteriores, onde os doentes faziam os seus sacrifícios, pedindo a intervenção do deus *abaton*. Lá deviam passar a noite, já que a cura dos seus males ocorria durante o sono.

A primeira entidade assistencial de que se tem conhecimento, surgiu na era Cristã, em Roma, Itália, no ano de 360 d.C., a partir da filosofia cristã de "amar a teu próximo como a ti mesmo" (OLIVA, 2004).

Em 15 de agosto de 1498, após várias epidemias de peste negra, é fundada em Portugal, a primeira "Irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria de Misericórdia, em uma capela da Catedral de Lisboa, por Dona Leonor de Lencastre, que regia o trono de seu irmão, D. Manuel, o Venturoso. O trinitário espanhol Frei Miguel de Contreras foi nomeado provedor. A Irmandade assumiu inicialmente a manutenção do Hospital de Nossa Senhora do Amparo e em 1564 passou a administrar também o Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa, cuja construção fora iniciada por D. João II em 1492 e terminada por D. Manuel em 1501. Este monarca e seus sucessores incentivaram a criação de outras Misericórdias em Portugal e em todas suas colônias. No Brasil, colônia de Portugal, em 1543, logo após o descobrimento, foi construída, por Brás Cubas, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, primeiro hospital do país e o primeiro da América do Sul e, à medida que os exploradores portugueses adentravam no interior brasileiro e

formavam os vilarejos, imediatamente fundavam hospitais locais para atendimento dos próprios exploradores e colonizadores, como a Santa Casa de São Paulo, isso já entre 1590 e 1599.

Rossel-Wood, o “Compromisso”, ou estatuto da irmandade contemplava as seguintes obras de caridade:

Espirituais - ensinar os ignorantes; dar bom conselho; punir os transgressores com compreensão; consolar as infelizes; perdoar as injúrias recebidas; suportar as deficiências do próximo; orar a Deus pelos vivos e pelos mortos.

Corporais – resgatar cativos e visitar prisioneiros; tratar os doentes; vestir os nus; alimentar os famintos; dar de beber aos sedentos; abrigar os viajantes e os pobres; sepultar os mortos.

Na Europa, o Hôteu-Dieu, o mais antigo da capital de Paris, fundado em 651, pelo Bispo de Paris, Saint-Ladry, representa o símbolo da caridade e da hospitalidade. A FIGURA 1 retrata uma cena do cotidiano do *Hôtel-Dieu de Paris* no início do Séc. XVI. Observem-se os seus principais elementos iconográficos: a arquitetura ainda românica; a atmosfera de recolhimento espiritual; a centralidade da figura de Jesus Cristo Crucificado, por cima do altar, ao fundo; e, em primeiro plano, a figura do rei, de joelhos, em oração, sob um pórtico, constituído por duas colunas encimadas, a da esquerda, pela imagem da Virgem-Mãe com o menino Jesus ao colo, e a da direita, pela imagem de um santo (provavelmente S. João Baptista).

Figura 1- Interior do Hôtel-Dieu de Paris por volta do início do Séc. XVI



Fonte: Adapt. de Lyons e Petrucelli (1984.34) in: GRAÇA (1996)

Os inúmeros incêndios do Hôtel-Dieu (o último em 1772), colocaram a problemática da reconstrução, dando origem entre 1775 e 1780, na Europa, a uma série de visitas e observações sistemáticas dos hospitais, que visavam definir, após esses inquéritos, um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. Dentre tais inquéritos pode-se destacar os de Howard, inglês que percorreu hospitais, prisões e lazaretos da Europa, e os do médico francês Tenon, a pedido da Academia de Ciências. Porém nestes inquéritos, pouco se falava sobre as áreas externas do hospital. Tenon estudou o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, particularmente das trajetórias espaciais seguidas pelas roupas brancas como lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos, etc; investigando quem fazia os transportes, como e onde essas roupas eram transportadas, lavadas

e distribuídas. Analisou também se o interior da estrutura hospitalar e a repartição dos doentes, explicariam o fato de que a operação de trépano, uma das operações praticadas freqüentemente nesta época, era regularmente melhor sucedida no hospital inglês Bethlehem do que no hospital francês Hôtel-Dieu.

Segundo Foucault (1979), é em torno de 1780, que o hospital aparece como um instrumento terapêutico, ou seja, torna-se destinado a curar, marcado pelos inquéritos aprestados, não sendo por acaso que o hospital passa a ser local de formação médica.

No continente americano o primeiro hospital a ser construído foi no México, em 1524. Logo após, em 1543 no Brasil, a construção da Santa Casa de Misericórdia de Santos foi a primeira entre outras: Vitória, Olinda, Ilhéus, Salvador e a do Rio de Janeiro, fundada pelo Pe. José de Anchieta, em 24 de março de 1582. Em 1639 ergueu-se, em Quebec, o Hôtel-Dieu-du-Precieux-Sang, e em 1644 o Hôtel-Dieu de Montreal, ambos no Canadá. Em 1663 foi construído nos Estados Unidos, em Nova Iorque, na ilha de Manhattan, o primeiro hospital americano, para soldados doentes e para feridos. O primeiro hospital comunitário foi o Pennsylvania Hospital, em 1755 na Philadelphia. A cidade de Nova Iorque teve seu primeiro hospital civil em 1771, quando já contava com cerca de 300 mil habitantes. E somente em 1811 foi inaugurado o Massachusetts General Hospital, em Boston. Quase um século à frente dos países norte americanos, no Brasil o crescimento hospitalar se deu sem nenhuma organização ou planejamento.

Hospital, etimologicamente, vem do baixo latim *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria) e do latim *hospitalis*, relativo à *hospites* ou *hospes*, hóspedes ou convidados, confundindo-se assim com a albergaria ou o hospício (do latim *hospitiu*, alojamento, hospitalidade, também derivado de *hospes*). Em geral, o hospital ficava junto às catedrais ou aos mosteiros, em conformidade com as instruções dos Concílios Ecuménicos de Niceia (325) e de Cartago (398), realizados já no período da cristianização do império romano.

O entendimento do surgimento dos hospitalais é de suma importância para entender os problemas de gestão que possuem. O hospital surge como um local para morrer e não para a saúde como se pretende hoje, e ainda surge como instituição de caridade, os quais as pessoas assimilam a um instituição pobre, onde não se pode ter luxo, nem muito dinheiro. O primeiro papel dos gestores é realmente quebrar este paradigma, e gerir um hospital como qualquer outro negócio, que precisa de lucro para o seu desenvolvimento.

1.2. O SISTEMA DE SAÚDE E A EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro no século XX seguiu a trajetória de países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai. Com a Lei Eloy Chaves, em 1923, instituiu-se o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiadas de forma tripartite, pelos empregados, empresas e governo. Estas caixas eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluíam muitos segmentos da população. Embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas não permitia ao governo monitorar seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha (anos 20), quando o Estado era desprovido quase totalmente de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil.

Com a crise dos anos 30 e o advento da revolução liderada por Getúlio Vargas, ocorreram muitas mudanças, aumentando o centralismo estatal. Os setores de saúde e previdência não fugiram a esse movimento. Ao longo dos anos 30, a estrutura das CAPs foi adicionada a dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, organizadas por ramos de atividade Institutos de Aposentadoria e Pensões Marítimos (IAPM), Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), Institutos de Aposentadoria e Pensões da Estiva e Transporte de cargas (IAPTEC) e os Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que ofereciam benefícios heterogêneos, bem como diversidade na qualidade da assistência prestada provida por prestadores de serviços contratados de diferentes

portes e especialidades. Porém excluía os muitos trabalhadores formais, bem como os rurais e os do setor informal urbano, que não pertenciam a ramos de atividade ou categorias profissionais cobertas pelos IAPs e pela estrutura remanescente das CAPs.

Durante os anos 40 e 50, a assistência médica prestada pelas CAPs e IAPs aos trabalhadores formais era a única disponível. Poucos eram os Estados e Municípios que dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de sua população. Alguns estabelecimentos filantrópicos mantinham cuidados à saúde para famílias pobres e indigentes. O Ministério da Saúde, por sua vez, tinha alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria.

A primeira tentativa conhecida de classificação de hospitais pela Previdência Social foi feita pelo Departamento de Assistência Médica do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários em 1959, tentando-se aplicar propostas estudadas, levando em consideração requisitos relativos à infra-estrutura e equipamentos.

Em 1941 criou-se a Divisão de Organização Hospitalar de Saúde, vinculado ao Ministério de Educação e Saúde, com o objetivo de coordenar, colaborar, orientar os estudo e soluções dos problemas que diziam respeito à assistência a doentes e deficientes físicos e a desamparados, incentivando o desenvolvimento e a melhoria das instituições e serviços de assistência, por meio do estabelecimento de normas e padrões de instalação, organização e funcionamento

dos vários serviços técnicos e administrativos de hospitais de diversos tipos. A intenção era criar uma rede de hospitais regionais, com arquitetura funcional e organizados tecnicamente, ou seja, o “hospital padrão”. Para uma boa organização hospitalar era necessário rigoroso controle de todas as atividades na instituição, desde a inscrição e qualificação dos doentes na admissão, os registros clínicos diários e as estatísticas até escrituração minuciosa de tudo que se relacionasse à vida econômica e financeira. Neste mesmo ano, o primeiro Censo e Cadastro, realizado por médicos em 1.234 hospitais, com um total de 116.669 leitos, cobriram a totalidade de hospitais existentes na época, abrangendo aspectos referentes a edificações, equipamentos, administração, finanças e assistência, por meio de inspeções minuciosas à instituição, onde eram analisados os livros contábeis, escrituração, registro e estatística do movimento de doentes.

Em 1952, foi elaborada a primeira classificação de hospitais por padrões no Brasil, a partir de quatro tipos: A, B, C e D, com o objetivo de distribuir racionalmente os auxílios governamentais.

O Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: o da Saúde e o da Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério da Saúde passou a encarregar-se especificamente das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional da Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, o que seria apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes.

A excludência e outras deficiências levaram à unificação das estruturas de assistência médica dos IAPs, discussão iniciada nos anos 50 e consumada pela Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960. As dificuldades para a unificação dos IAPs decorreram de compromissos assumidos pelos presidentes Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek e João Goulart com os sindicatos que dominavam a estrutura administrativa desses institutos.

Em 1961 o instrumento “Credenciamento de Hospitais para Convênio com o Instituto dos Comerciários”, incluía três tópicos principais: planta física, equipamentos e organização, num documento genérico com tópicos amplos e vagos.

Em 1962, os Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais para a Prestação de Assistência Cirúrgica aos Beneficiários do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários incluía aspectos de processo assistencial relacionados ao acompanhamento pré-natal e ao parto nas normas técnicas mínimas referentes à maternidade, ou seja, tratava-se de protocolos clínicos.

O golpe militar de 1964 e o governo autoritário que se instituiu criaram condições propícias para alterar o sistema de previdência social e assistência médica até então reinante. Em 1967, no bojo das reformas administrativa, fiscal e financeira, foi feita também a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAPs num único instituto - o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O sobrevivente Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado

(IPASE) foi extinto nos anos 80 e suas estruturas de assistência médica incorporadas ao INPS.

O INPS passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, que contribuíam na época com 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas, independentemente de ramo de atividade ou categoria profissional. Também passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica). Essa extensão de cobertura trouxe problemas para as instituições de assistência médica da previdência social, dado que os estabelecimentos dos antigos IAPs não davam conta dessa nova clientela do INPS. Foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência, como também contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processos de compra e venda de serviços médicos por Unidade de Serviço (US), passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS.

O aumento de recursos disponíveis de forma centralizada contribuiu para o aumento das pressões para a ampliação da cobertura dos benefícios, levando a expansão da rede de serviços, sobretudo privados, subsidiados pela própria previdência, surgindo assim a necessidade de classificação dos hospitais do país, com critérios amplos, compatíveis com a realidade dos serviços existentes, com base nas condições técnicas, administrativas, éticas e a qualidade dos serviços de hotelaria e conseqüentemente o preço final do serviço.

O setor privado, por sua vez, com exceção do filantrópico, calcado nas Santas Casas e hospitais ligados a ordens religiosas, não contava com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Seria necessário ampliar esta rede para dar conta da nova demanda governamental. Boa parte da expansão desta rede foi financiada com recursos públicos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FADS), criado em 1974 e formado por recursos das loterias federal e esportiva, bem como por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF).

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do INPS em três institutos: o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que administrava e recolhia recursos; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciária.

O processo consolidou-se, em 1976, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do seu instrumento financeiro, o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). O SINPAS passou a ser composto pelas seguintes instituições:

- Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS);
- Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);

- Legião Brasileira de Assistência (LBA);
- Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (FUNABEM);
- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV);
- Central de Medicamentos (CEME).

A estrutura previdenciária permaneceu praticamente inalterada até meados dos anos 80, década marcada pela crise da Previdência, com escassez de recursos diante da recessão econômica, gigantismo burocrático, ineficiência da administração e dos serviços prestados, de mecanismos de controle de gastos e de qualidade. Em 1981 foi elaborado o Plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), com normas racionalizadoras da prestação de serviços e alocação de recursos, além da proposta de medidas de avaliação e controle.

Em 1986, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) iniciou-se o processo de desestruturação do INAMPS, a conseqüente transferência gradual dos hospitais próprios para a esfera estadual e ainda a redivisão de papéis entre as três esferas de governo.

Com a Constituição de 1988, ficou definida a saúde como direito social universal e dever do Estado, os hospitais deixaram de ser os centros do modelo assistencial e transferiu-se aos municípios a gestão dos serviços de saúde. Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que representou a unificação formal de algumas das estruturas existentes e incorporação dos hospitais universitários do Ministério da

Educação e das redes públicas e privadas conveniadas de saúde nos Estados e Municípios, formando um sistema integrado e descentralizado com abrangência nacional. Surgiu, em conseqüência, a necessidade de instrumentos gerenciais que possibilitassem avaliar os serviços oferecidos à população.

O tema do gerenciamento e da avaliação de serviços de saúde transcende os limites do SUS no Brasil demonstrando ser preocupação de abrangência internacional. Enquanto aqui se criava e se iniciava a implantação do SUS e se buscavam normas, métodos e critérios para o gerenciamento e avaliação dos serviços de saúde, em 1989, a Organização Mundial de Saúde iniciava um trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando tema abrangente – a Qualidade da Assistência. O trabalho da Organização Pan-americana da Saúde - OPAS buscava e propunha a implementação total ou progressiva de uma variedade de métodos visando contribuir para uma progressiva mudança planejada de hábitos, por meio de estímulo aos profissionais dos diferentes serviços para avaliar pontos fortes e fracos de suas instituições, para servir de subsídio para o estabelecimento de metas e para o aprimoramento da qualidade da assistência, por meio de reuniões com a participação de boa parte dos países latino-americanos.

Na chegada da década de 90 surgem no Brasil iniciativas regionais relacionadas diretamente com a Acreditação Hospitalar, mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul.

Em 1991 uma parceria entre a OPAS a Federação Latina Americana de Hospitais levou ao desenvolvimento de instrumento de Acreditação Hospitalar.

Em 1992 teve início o programa de organização da acreditação no Brasil, a partir de discussões com a participação das principais entidades ligadas à saúde, formando o GTA – Grupo Técnico de Acreditação.

A Norma Operacional Básica (NOB) do Ministério da Saúde surge em 1993 apontando a necessidade de “controle e avaliação efetivos sobre a qualidade dos serviços prestados pela rede”. Em 1996, a NOB 96 avança na reordenação do modelo de atenção à saúde, redefinida assim “prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade”. (SCHIESARI e KISIL, 2003).

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover a cultura da qualidade, estabelecendo ainda a comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, liderado pelo coordenador deste programa. Nesta época as atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas.

Em agosto de 1994 foi criado no Rio de Janeiro o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS) envolvendo a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade da qual faziam parte além do grupo técnico do Programa, representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde, sendo essa Comissão responsável pela discussão

dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa. Este grupo iniciou levantamento de Manuais de Acreditação utilizados no exterior - Estados Unidos, Canadá, Catalunha/Espanha, Inglaterra e outros, além dos manuais que começavam a ser utilizados no Brasil pelos estados anteriormente mencionados (Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná). Este conjunto de atividades fez com que fosse encaminhado um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), que definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar. Em 1997, o PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) com a participação da Fundação Cesgranrio, criada pelas universidades estaduais do Rio de Janeiro para avaliação do processo educacional.

Em 1995 no Rio Grande do Sul, o Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS), em associação com a Secretaria Estadual da Saúde e Meio Ambiente e o SEBRAE/RS, desenvolveu um projeto de pesquisa com o propósito de determinar padrões de qualidade hospitalar. O IAHCS foi legitimado pelo Comitê Setorial da Saúde do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, de modo que, o Programa de Acreditação passou a fazer parte integrante do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, um caminho para o Selo de Qualidade RS. Mais recentemente, o IACHS passou a representar o Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde.

No mesmo ano a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, baseada na experiência com o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, estendeu a

preocupação com a qualidade à totalidade das organizações de saúde, utilizando para tanto o processo de acreditação. Em dezembro de 1996 foi criado o Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS) com participação ampla das diferentes entidades ligada à saúde.

Dada a necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, é constituída em abril/maio de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se a partir daí a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores.

Em 2001, o Ministério da Saúde promulga a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) elaborada para promover “Módulos assistenciais”, recomendando que a avaliação da qualidade da assistência por parte dos gestores, envolva tanto a implantação de indicadores objetivos com base em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados.

1.3. ESTRATÉGIAS DE QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tajra (2006) fala da importância das Normas no Sistema de Gestão na Saúde, que para as empresas, as normas podem significar a diferença entre a empresa vencedora e uma empresa de rumo incerto. Um sistema de gestão tem como objetivo o aumento da competitividade entre as organizações por meio de atividades planejadas e demonstradas através de diversas ferramentas, garantindo que atenda aos requisitos solicitados para uma determinada qualidade **requerida** (grifo do autor).

Vários grupos desenvolveram instrumentos, e reconhecem as organizações bem sucedidas com algum certificado. Porém para nenhum dos modelos, a certificação é obrigatória, e não devem ser o principal objetivo da instituição, o objetivo deve ser a implantação do sistema de gestão. A certificação é uma forma de reconhecimento público de que os processos estão ocorrendo dentro da conformidade especificada.

Quadro 1 – Sistemas de Gestão

ORGANIZAÇÃO	FUNDAÇÃO	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	FORMA DE RECONHECIMENTO	* INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES
ISO - International Organization for Standardization	1947	NBR ISO 9001:2000	Certificação	294
ONA - Organização Nacional de Acreditação	1999	Manual Brasileiro de Acreditação	Acreditação	85
CBA - Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – ABA	2000	Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar	Acreditação	11
CQH – Controle de Qualidade Hospitalar	1991	Selo de Qualidade Hospitalar	Selo	17

Fonte: * dados coletados nos sites das organizações citadas, em novembro 2007. A autora.

Além dos modelos apresentados, alguns grupos, em decorrência do processo de desenvolvimento da ciência administrativa e da preocupação das empresas em aprimorar a forma como conduziam seus negócios, considerando as mudanças tecnológicas e o alto grau de competitividade nas organizações, iniciaram na década de 50 a estruturação de modelos de premiações de gestão para as empresas consideradas de excelência. Visavam identificar o que essas organizações realizavam que as posicionavam numa situação de destaque em relação à sua eficiência, eficácia e efetividade, de forma que seus roteiros de avaliação também pudessem ser utilizados como uma sistemática de gestão.

As empresas de excelência são aquelas que possuem sistemas de gestão de referência para outras organizações de tal forma que os métodos por elas utilizados são considerados essenciais e que garantiram sua sobrevivência em longo prazo, a partir de uma definição de vantagens competitivas.

Os principais benefícios para as organizações que buscam a implantação dos critérios de excelência são: a aplicação de fundamentos de excelência e de critérios de avaliação reconhecidos e utilizados mundialmente, o desenvolvimento de ações com foco em resultados, o compartilhamento das informações internas entre os membros da organização, o estímulo para o comprometimento das pessoas que trabalham na empresa e o desenvolvimento de um sistema de auto-avaliação.

Caso a organização opte pela busca da premiação, ela obterá um troféu e um reconhecimento externo como uma empresa que realiza uma gestão de

padrão mundial. O prêmio busca promover um amplo entendimento dos requisitos para a excelência do desempenho e, portanto a melhoria da competitividade; ampla troca de informação sobre métodos e sistemas de gestão que alcançaram sucesso e sobre os benefícios decorrentes da utilização dessas estratégias. Podem participar da premiação empresas de pequeno, médio e grande porte, com fins lucrativos ou não e ainda da administração pública ou privada.

O Prêmio Nacional da Qualidade, instituído em 1990 no Brasil, inicialmente denominado como Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade – PBQP tem como meta a busca de um modelo de excelência de aceitação mundial. Em 1991, foi criada a Fundação Nacional da Qualidade, entidade privada e sem fins lucrativos, com o apoio de 39 empresas públicas e privadas. Sua principal função era administrar o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e as atividades decorrentes do processo de premiação em todo o território nacional, bem como fazer a representação institucional externa do PNQ nos fóruns internacionais. Em 2004, ao completar 13 ciclos de premiação, a até então chamada de FPNQ - Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade havia cumprido seu papel inicial, voltado ao estabelecimento do PNQ, seguindo as melhores práticas internacionais. Em 2005, a FPNQ lançou projeto a fim de se tornar, até 2010, um dos principais centros mundiais de estudo, debate e irradiação de conhecimento sobre Excelência em Gestão. Nesse sentido, passou a se chamar FNQ – Fundação Nacional da Qualidade, sendo a principal articuladora da Rede Nacional da Gestão Rumo à Excelência que estimulou e participou da criação de diversas premiações setoriais, estaduais e regionais: Premio Qualidade RS, Prêmio Gestão Qualidade Bahia, Prêmio Qualidade Amazonas, Prêmio Qualidade Rio, Prêmio Gestão da Qualidade

Sergipe, Prêmio Nacional Abrapp, Premio Paulista da Qualidade da Gestão, Prêmio Nacional da Qualidade de Saneamento e o Premio da Qualidade do Governador Federal.

Além disso, edita, desde 1996, uma publicação que é referencial de avaliação para essas premiações intermediárias, mantendo o alinhamento com os Critérios de Excelência e que vem sendo utilizada pelos mais de 50 processos de avaliação da gestão do desempenho organizacional existentes no Brasil.

Para alinhar todos esses processos de premiação com o do Prêmio Nacional da Qualidade, a FNQ estruturou e consolidou a Rede Nacional da Gestão Rumo à Excelência. O marco da consolidação dessa rede, em março de 2005, foi a publicação do documento Rumo à Excelência, modelo e instrumento de avaliação que estão sendo aplicados nas premiações regionais e setoriais para as organizações que buscam os primeiros passos na direção de uma gestão competitiva. Os principais programas setoriais são:

- Prêmio ANTP de Qualidade (Associação Nacional de Transportes Públicos);
- Selo de Conformidade do CQH - Controle de Qualidade Hospitalar
- Prêmio Nacional da Gestão em Saúde
- Prêmio Nacional da Qualidade em Saneamento – ABES
- Prêmio Nacional da Gestão Pública - PQGF
- Selo da Qualidade para máquinas para couro, calçados e afins - Abrameq by Brasil

- Prêmio Polícia Militar da Qualidade
- Projeto Excelência na Pesquisa Tecnológica
- Projeto Tecnologias de Gestão para Unidades de *Design*

Na Saúde, a Associação Paulista de Medicina é a entidade que apóia o Programa Nacional de Gestão em Saúde a partir do CQH – Programa de Controle de Qualidade Hospitalar que visa estimular organizações da área da saúde avaliar e buscar melhorias contínuas de seus sistemas de gestão, reconhecendo aquelas organizações que se destacam pela utilização de práticas de gestão e que apresentem resultados superiores de desempenho.

Os Sistemas de Gestão apresentados no Quadro 1 – Sistemas de Gestão, serão brevemente apresentados neste capítulo para que possamos identificar o que são, quais as vantagens e desvantagens de cada Modelo, visando obter informações comparativas que nos levem ao entendimento do objetivo deste trabalho.

1.3.1. ISO 9001:2000 - International Organization for Standardization

A ISO – International Organization for Standardization (Organização Internacional para a Padronização) é uma entidade fundada em 1947, é uma organização não governamental, em Bruxelas, na Bélgica. Atualmente sua sede é em Genebra, na Suíça.

A organização é geralmente chamada apenas de "ISO", cujo não é um acrônimo que refere-se a "International Standards Organization" ou algo similar. Na realidade, o nome ISO se originou da palavra grega ἴσος (isos), que significa igualdade. Assim, evita-se que a organização possua vários acrônimos em diferentes idiomas, já que em inglês, o acrônimo seria IOS (*International Organization for Standardization*) e em francês seria OIN (*Organisation internationale de normalisation*). Com isso, a escolha do nome "ISO" reflete o objetivo da organização, que é a padronização entre diversas culturas.

As normas da série ISO 9000 constituem talvez, o maior fenômeno administrativo do mundo. Sua aceitação universal em 158 países, como modelo para estabelecimentos de sistemas de Gestão da Qualidade, surpreendeu a todos, demonstrando a carência, até então, de um modelo bem definido e estruturado para a gestão empresarial.

As normas da série ISO 9000, ou família ISO 9000, tem a seguinte estrutura;

- ISO 9000:2005 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulários –
- ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos –
- ISO 9004:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade - Diretrizes para a Melhoria do Desempenho

Das normas acima, a NBR ISO 9001:2000, é a norma que certifica, pois estabelece requisitos para a estruturação de um Sistema de Gestão da

Qualidade. A ISO 9000:2005, nos fornece os fundamentos e vocabulários para o entendimento destas normas. E a ISO 9004:2000 que fornece diretrizes para a melhoria do desempenho de uma Instituição, não certifica, sendo por isso raramente utilizada por uma instituição, apesar de ser um excelente modelo de gestão.

Quando decidimos pelos critérios para escolha dos modelos a serem apresentados, consideramos o número oficial de empresas que se utilizam dos modelos. Neste trabalho, das três normas acima citadas, enfatizaremos a NBR ISO 9001:2000.

A NBR ISO 9001:2000 está estruturada em 8 critérios, descritos abaixo, subdivididos em 57 subitens.

- O – Introdução
- 1 – Objetivo
- 2 – Referência Normativa
- 3 – Termos e definições
- 4 – Sistemas de Gestão da Qualidade
- 5 – Responsabilidade da Direção
- 6 – Gestão de recursos
- 7 – Realização do produto
- 8 – Medição, análise e melhoria.

Estes critérios podem ser entendidos na figura abaixo, a qual demonstra a estrutura do modelo de gestão.

Esta norma é aplicável para a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade, do processo de realização de um produto ou serviço. Portanto não garante a qualidade do produto ou serviço prestado e sim que o processo de realização está sob condições controladas. Este processo de realização, chamada também de escopo, ou seja os limites do Sistema de Gestão da Qualidade, permite que uma organização realize a certificação de todos os processos de uma empresa ou somente de parte dele. A certificação de um hospital como o todo é muito difícil, o que tem ocorrido é a certificação de diversos escopos, ou seja, a certificação sem dá em partes, que o escopo estabelece. Os hospitais costumam certificar os processos como: Pronto Socorro, Centro de Diagnóstico por Imagem, Banco de Sangue, Centro Médico Ambulatorial, Nutrição, Laboratório de Análises Clínicas e/ou Laboratório de Análise Patológica, separadamente, um após o outro.

Além disso, sua estrutura não leva em consideração as condições financeiras, trabalhistas e ambientais, muito importante para a Gestão de uma Instituição de Saúde, considerando os impactos destes fatores ao serviço prestado.

Portanto, a NBR ISO 9001:2000 é uma norma base, para a gestão do hospital, podendo ser implantada como ferramenta de gestão de melhoria para as outras normas citadas (ONA, CBA ou CQH), como relatado na própria Norma, a organização deve continuamente melhorar a eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade por meio do uso da Política da Qualidade, objetivos da qualidade, resultados de auditorias, análise dos dados, ações corretivas e preventivas e análise crítica da direção.

1.3.2. Joint Commission International - JCI

A Joint Commission International – JCI, criada em 1999, é uma subsidiária da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO, maior agência acreditadora dos EUA. A missão da JCI, que hoje já atua em vários países do mundo, como Espanha, Alemanha, Dinamarca, Turquia, Emirados Árabes, China, Índia, Portugal, Itália e Irlanda, é a de melhorar a qualidade da assistência à saúde na comunidade internacional, fornecendo serviços de acreditação.

No Brasil a JCI tem um acordo formal com o CBA, assinado em Setembro de 2000, que prevê a exclusividade da oferta de serviços de forma conjunta. Através deste acordo, as certificações de acreditação internacional de instituições de saúde no Brasil têm a emissão de um único certificado com selo CBA e JCI, respaldando assim a sua validade internacional.

Consórcio Brasileiro de Acreditação é o nome fantasia da Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – ABA. A Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, organização sem fins lucrativos, representante exclusivo da Joint Commission International no Brasil. Há oito anos o CBA desenvolve a metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvida há mais de 50 anos pela Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization - JCAHO, com assessoria contínua de sua subsidiária, a Joint Commission International - JCI.

A JCI é uma norma muito criteriosa e exigente em nível internacional. Para a realidade das instituições de saúde brasileiras.

1.3.3. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA

ONA é uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com abrangência de atuação nacional, têm 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, com base nas experiências brasileira e internacional, e assim atualizar a sua metodologia.

O assunto acreditação começa a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde, em junho de 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). A partir do Manual editado pela OPAS e das experiências estaduais, buscou-se então estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos. Surge então, em 1998, o "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar", e em 1999 o ONA.

Define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. (ONA, 2007). A

estrutura assemelha-se à de instrumentos anteriores adotados pela Joint Commission nos Estados Unidos.

Os padrões são divididos em níveis crescentes de complexidade. Estes níveis correspondem ao tipo de complexidade da assistência desejável segundo definição de especialista ou associações profissionais. O nível 1, representa o nível mínimo de qualidade necessário, neste nível são exigidos os requisitos mínimos de segurança. À medida que os padrões iniciais são atingidos, os passos seguintes visam o cumprimento de padrões do nível 2, que tratam da gestão dos processos, podendo ser comparado a ISO 9001:2000. E, posteriormente do nível 3, nível estratégico de gestão, estabelece requisitos de excelência.

A avaliação final proposta é determinado pelo mínimo atingido, isto é, se um dos padrões de nível 1 não for atingido, mesmo apresentando nível dois ou três nos demais, o hospital é considerado nível 1. Este critério enfatiza a importância e integração das várias estruturas e processos hospitalares para que a assistência seja prestada com qualidade.

QUADRO 2 - Serviços Hospitalares Acreditados

Acreditada (Nível I)	23
Acreditada Pleno (Nível II)	45
Acreditada com Excelência (Nível III)R	17
Total de organizações acreditadas	85

Fonte: site ONA, 2007, adaptada pela autora

1.3.4. COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR – CQH

Uma das primeiras experiências ligadas à acreditação surgiu dentro da Associação Paulista de Medicina (APM) onde um grupo estudou a avaliação de hospitais com a intenção inicial de “dar estrela aos hospitais”, de maneira semelhante que ocorre nos hotéis. Posteriormente a Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde (SMPAS), vinculada a APM, sugeriu o acompanhamento do desempenho hospitalar pelo uso de indicadores como uma maneira de avaliar a qualidade da assistência. A intenção era estimular os hospitais a desenvolverem programas de qualidade e não necessariamente realizarem acreditação. A sistemática de avaliação não se assemelhava ao modelo de acreditação, apesar da existência de um roteiro de visitas inspirado em instrumentos de acreditação. Esta iniciativa deu origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar (CQH) no Estado de São Paulo, vinculado a Associação Paulista de Medicina. Detalhes deste modelo serão apresentados no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2- MODELO DE GESTÃO (CQH)

O objetivo deste capítulo é apresentar o modelo de gestão do Compromisso com a Qualidade Hospitalar - (CQH), como um instrumento de gestão a ser utilizado por qualquer instituição de saúde, sem a necessidade de participação efetiva ou formal do programa, uma vez que todo o material está disponível no site do CQH.

Com a adesão ao modelo, o hospital ganha:

- Um modelo de Gestão para a qualidade;
- 'Benchmarking' obtido com pelo menos 100 hospitais do Estado de São Paulo;
- Reuniões periódicas de orientação e troca de experiências;
- Participação em eventos sobre qualidade;
- Assessoria específica sobre controle da infecção hospitalar;
- Pesquisa junto aos usuários;
- Visitas periódicas de avaliação por equipe técnica;
- Reconhecimento da conformidade (Selo);
- Prêmio Nacional da Gestão em Saúde - PNGS.

No CQH há um monitoramento de indicadores contínuo dos vários hospitais participantes que são colocados em curva de distribuição de frequência, com definição de medida de tendência central da amostra, que é enviada aos hospitais participantes do programa na forma de relatório, e ainda aponta a localização do hospital em relação aos demais, identificados por códigos (SCHIESARI & KISIL, 2003).

O modelo é referência no exterior. Em 24/01/08 foi lançado em Luanda o braço internacional do CQH, que atuará em Angola. O lançamento ocorreu durante o IVº Congresso Internacional de Médicos de Angola. O CQH de Angola é resultado de uma parceria entre o CQH, o Ministério da Saúde de Angola e a Pracsis, empresa brasileiro-angolana de consultoria em gestão de saúde que atua naquele país. Estavam presentes no evento, aproximadamente 900 pessoas entre médicos angolanos, autoridades do país e convidados de Portugal, Cuba, Cabo-Verde, Moçambique e Brasil. O Programa CQH está, neste momento, sendo disseminado entre diversos atores ligados à saúde no país (médicos, enfermeiros, administradores e agentes públicos) por meio de cursos de sensibilização ministrados por membros do Núcleo Técnico do CQH. Posteriormente se fará uma adaptação dos instrumentos do CQH às necessidades locais (“customização”). Para, em seguida, se iniciarem as visitas de avaliação nos hospitais, provavelmente no segundo semestre de 2008. O apoio local será dado pelo Ministério da Saúde e pela Pracsis. Há interesse também do Ministério das Finanças de Angola em, possivelmente, vincular a liberação de verbas para os hospitais públicos mediante desempenho comprovado pelo CQH. Há uma grande expectativa quanto ao potencial de contribuição do Programa para a melhoria contínua dos hospitais locais,

em um país arrasado por 30 anos de guerra civil e que agora está em pleno processo de recuperação.

2.1. O que é o CQH, sua missão e valores

A idéia da criação do CQH se inspirou nos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde dos Estados Unidos, e resultou de ampla discussão entre diversas entidades ligadas ao atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo, catalisada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. As reuniões iniciais para discussão do projeto em 1989-1990, aconteceram na sede daquele órgão, na Avenida São Luiz e posteriormente, se transferiram para a sede do CREMESP. Vários participantes daquelas reuniões iniciais representam hospitais ou entidades ligadas aos mesmos e que até hoje estão filiados ao Programa.

Após um projeto-piloto em abril de 1991, o CQH iniciou suas atividades em julho do mesmo ano, com o encaminhamento de comunicação a todos os hospitais do Estado de São Paulo (aproximadamente 800 na época), informando sobre os objetivos do Programa, sua metodologia e convidando-os a se filiarem, mediante o preenchimento de um Termo de Adesão. Aproximadamente 200 hospitais responderam de alguma forma a este apelo inicial e 120 iniciaram ativamente sua participação. Este número caiu para 80, anos depois, e hoje está fixado em torno de 170 participantes, sendo destes 17 hospitais selados, sendo 16 no Estado de São Paulo e 1 em Brasília.

QUADRO 3 – Hospitais Selados

Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros	São Paulo/ SP
Hospital e Maternidade Alvorada de Santos Amaro	São Paulo/ SP
Hospital e Maternidade Sepaco	São Paulo/ SP
Hospital e Maternidade Alvorada - Moema	São Paulo/ SP
Hospital e Maternidade Dr. Chistóvão da Gama	Santo André/ SP
Hospital Paulo Sacramento	Jundiaí/ SP
Centro Médico Campinas	Campinas/ SP
Hospital Santa Cruz	São Paulo/ SP
Hospital de Aeronáutica de São Paulo	São Paulo/ SP
Hospital Santa Luzia	Brasília/ DF
Hospital Unimed	Limeira / SP
Hospital Geral de Guarulhos	Guarulhos/SP
Hospital do Servidor Publico Municipal	São Paulo / SP
Hospital Municipal Maternidade Dr. Mário Altenfelder Silva	São Paulo / SP
Hospital Vera Cruz	Campinas
Hospital Estadual do Grajaú Prof. Liberato John Alphonse Di Dio	São Paulo / SP
Hospital Estadual Mário Covas de Santo André	Santo André / SP
Hospital Maternidade São Cristovão	São Paulo/SP

Fonte: Site CQH, janeiro 2008.

O programa é mantido pela Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, e apoiado pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA - HCFMUSP/EAESP FGV); Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde (SMBAS); Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ).

A missão do Programa é a de contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.

E os valores são:

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

Um hospital funciona como um verdadeiro centro de saúde polivalente.

Ao lado da medicina curativa, deve desenvolver estudo, pesquisa, ensino e

treinamento de pessoal, além de tarefas e missões de maior alcance e sentido. Essas tarefas e missões poderão significar atividades básicas de saúde comunitária, ações de proteção e promoção da saúde, profilaxia das doenças e redução de óbitos evitáveis. Assim um programa de avaliação da qualidade do atendimento-médico hospitalar se impõe pela própria natureza dos serviços prestados por essas instituições de saúde, pelo interesse das autoridades, dos trabalhadores de saúde, e, principalmente dos consumidores desses serviços.

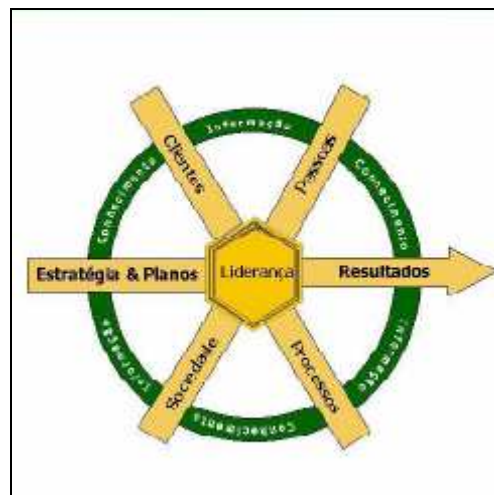
O CQH visa avaliar as condições da estrutura hospitalar, da capacitação profissional e técnica dos recursos humanos, do processo e dos resultados deste atendimento, no melhor interesse dos consumidores e prestadores de serviços médico-hospitalares. Contribui, desta forma, para a consolidação de um modelo organização hospitalar contemporânea, em que “prerrogativas gerenciais” modernas são desenvolvidas e aplicadas, visando melhorar a qualidade do atendimento à saúde oferecido à comunidade em todo o Estado de São Paulo, e servir também de modelo para a sua disseminação em todo o país.

2.2. Modelo de gestão para a qualidade

O Modelo de Gestão está dividido em 8 critérios e a identificação do Perfil da Instituição que adere ao Programa. Estes critérios são Liderança, Estratégia e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados.

Este modelo está alinhado aos critérios do Prêmio Nacional da Qualidade e ao Prêmio Nacional de Gestão na Saúde, assim como a ISO 9001:2000 está alinhada aos critérios da ISO 9004, ISO 14.001, entre outras, e pode ser explicado pela figura abaixo:

Figura 3 – Modelo de Gestão PNGS



Fonte: Critérios de avaliação / 2008 – PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em saúde

A figura representa a gestão da organização pela metáfora do timão de um barco, norteado pelas estratégias e planos, que consideram a informação e conhecimento do ambiente externo, especialmente dos clientes e sociedade,

conduzida por uma liderança eficaz, que transforma as decisões em ações e resultados e que retroalimenta as estratégias e a própria gestão, redirecionando o rumo da organização.

2.2.1. Liderança

Considerando que a força propulsora da excelência organizacional está baseada na capacidade e no comprometimento da alta direção em desenvolver um sistema de gestão eficaz, que estimule as pessoas a um propósito comum e duradouro, considerando os valores, as diretrizes e as estratégias da organização e comprometendo-os com resultados. Portanto, a ação da alta direção e dos demais líderes é de conduzir ao equilíbrio no atendimento das necessidades de todas as partes interessadas, promovendo o desenvolvimento da organização de forma harmônica, sustentada e virtuosa. A participação pessoal, ativa e continuada da alta direção cria clareza e unidade de propósito na organização e nas pessoas direcionando-as para a busca da excelência.

O Critério Liderança examina o envolvimento pessoal da alta direção no desenvolvimento e na manutenção de um sistema que promova a excelência do desempenho, integrando os valores do hospital com as necessidades dos clientes, do mercado e de outras partes interessadas. Também examina como a alta direção analisa criticamente o desempenho global do hospital.

Por meio do seu comportamento ético, das suas habilidades de planejamento, comunicação e análise crítica de desempenho e da sua capacidade

de estimular a motivação nas pessoas, a alta direção serve de exemplo para todos, desenvolvendo um sistema de liderança em todos os níveis, capaz de manter o engajamento das pessoas na causa da organização.

É preciso liderar para atingir metas. O objetivo da liderança é assegurar que os objetivos, metas e alvos da organização sejam completamente cumpridos. Os líderes conferem unidade aos objetivos e rumo da organização. Cabe a eles assegurar que todos se envolvam completamente no cumprimento desses objetivos através da criação de um ambiente propício para isso.

- Sistema de Liderança - Este item verifica como está estruturado o sistema de liderança do hospital: como são as relações de poder; a formalização das estruturas; e as habilitações dos ocupantes da alta cúpula.
- Cultura da excelência - Este item examina como são estabelecidos e praticados os conceitos básicos do hospital: valores; missão; e visão.
- Análise Crítica do Desempenho Global - Este item examina como são estabelecidos e praticados os conceitos básicos do hospital: valores, missão e visão.

2.2.2. Estratégias e Planos

A busca da excelência do desempenho e o êxito na missão requerem uma forte orientação para o futuro e a disposição de assumir compromissos de longo prazo com todas as partes interessadas, demonstrando a intenção de continuidade das atividades da organização.

A organização com visão de futuro planeja, pensa e aprende estrategicamente obtendo desta forma sucesso sustentado e duradouro em suas atividades. O planejamento deve ser voltado para o sucesso no longo prazo, bem como para resultados no presente, sem comprometer o futuro em função de ganhos no curto prazo.

É essencial para o sucesso de uma organização, a antecipação às novas tendências de mercado, aos novos cenários, às novas necessidades dos clientes, aos desenvolvimentos tecnológicos, aos requisitos legais, às mudanças estratégicas dos concorrentes e aos anseios da sociedade.

O Critério Estratégias e Planos examina como o hospital define suas estratégias e as desdobra em planos de ação que conduzam a um sistema eficaz de gestão do desempenho. O Critério também examina como o hospital define seu sistema de medição global.

- Formulação das estratégias - Este item quer saber como o hospital formula e difunde entre as partes interessadas, as suas estratégias:

quem participa da formulação e aprovação dos planos; se as aquisições de equipamentos são feitas de maneira alinhada com as estratégias.

- Desdobramento das estratégias - Este item verifica como o hospital desdobra suas estratégias e acompanha a implementação e o alinhamento (com os focos estratégicos) dos principais planos de ação.
- Planejamento da Medição do Desempenho Global - Este item examina como o hospital define e implementa o seu sistema de medição do desempenho: usando séries históricas de seus indicadores, definindo metas e aprendendo com sua avaliação.

2.2.3. Clientes e sociedade.

A qualidade é intrínseca ao produto, porém, o cliente é o “árbitro” final, que julga a partir de suas próprias percepções. Estas percepções se formam por meio de características e atributos, que adicionam valor para os clientes, intensificam sua satisfação, determinam suas preferências e os tornam fiéis à marca, ao produto ou à organização.

O conhecimento das necessidades atuais e futuras dos clientes é o ponto de partida na busca da excelência do desempenho da organização. Assim, a

organização possui **foco no cliente** quando essas necessidades estão claras para todas as pessoas da organização. Iniciativas visando desenvolver e oferecer produtos diferenciados podem ser utilizadas para a criação de novos segmentos e até mesmo surpreender os mercados existentes. As estratégias, planos de ação e processos orientam-se em função da promoção da satisfação e da conquista da fidelidade dos clientes.

O foco no mercado mantém a organização atenta às mudanças que estão ocorrendo a sua volta, principalmente com relação aos concorrentes e à movimentação dos clientes em relação a novas demandas e necessidades. Estas preocupações são fundamentais para o aumento da competitividade da organização.

O sucesso e os interesses de longo prazo da organização dependem de uma conduta ética em seus negócios e do atendimento e superação dos requisitos legais e regulamentares, associados aos seus produtos, processos e instalações. A superação decorre da pró-atividade necessária, dado que o legislador tem atuação preponderantemente reativa e lenta em relação aos anseios da sociedade.

A responsabilidade social e ética pressupõe o reconhecimento da comunidade e da sociedade como partes interessadas da organização, com necessidades que precisam ser identificadas, compreendidas e entendidas, considerando-se o porte e o perfil da organização. Isto engloba a responsabilidade pública, ou seja, o cumprimento e a superação das obrigações legais pertinentes à organização que representem os anseios da sociedade quanto à sua conduta, bem

como o exercício da cidadania da organização, ou seja, de sua consciência moral e cívica, advinha da ampla compreensão de seu papel no desenvolvimento.

Examina como o hospital identifica, entende e se antecipa às necessidades dos clientes e do mercado. Também são examinadas as formas como o hospital estreita seu relacionamento com os clientes e intensifica sua satisfação, bem como compreende e monitora as necessidades das comunidades e os ecossistemas afetados por suas atividades.

- Imagem e conhecimento do Mercado - Este item verifica como o hospital identifica, compreende e monitora as necessidades dos clientes e dos mercados atuais e potenciais visando se antecipar e desenvolver novas oportunidades: fazendo pesquisa de mercado; divulgando e fortalecendo sua imagem institucional; e conhecendo o perfil de sua clientela.
- Relacionamento com Clientes - Este item quer saber como o hospital seleciona e disponibiliza canais de acesso e gerencia as reclamações, determina o grau de satisfação/insatisfação e fidelidade, bem como constrói relacionamentos com os clientes: informando e orientando os pacientes; criando canais de interação; e acolhendo sugestões/reclamações e procurando solucioná-las.

2.2.4. Sociedade

O critério sociedade examina como o hospital contribui para o desenvolvimento econômico, social e ambiental de forma sustentável, por meio da minimização dos impactos negativos potenciais de seus serviços e operações na sociedade e como o hospital interage com a sociedade de forma ética e transparente.

- Responsabilidade sócio-ambiental – Este item busca identificar como o hospital demonstra sua preocupação com o meio ambiente, promovendo consciência cidadã entre as pessoas que trabalham ou usam o hospital.
- Ética e desenvolvimento social – Este item busca identificar como o hospital interage com a sociedade além do cumprimento das funções de sua missão social, e como contribui para fortalecer a instituição na sua comunidade.

2.2.5. Informações e Conhecimento

O critério Informações e Conhecimento examina a gestão e a eficácia da utilização das informações e das informações comparativas, bem como as formas de proteção do capital intelectual do hospital.

Dados e informações são de fundamental importância aos gestores para a tomada de decisão, além de necessidade das partes interessadas (financiadores, dos gestores, dos profissionais, da sociedade e principalmente do cidadão).

Portanto, as Instituições devem estabelecer estratégias para a obtenção, processamento, análise, armazenamento, utilização e divulgação de dados e informações decorrentes do serviço, de forma organizada e sistematizada. Ou seja, realizar gestão das informações do hospital, das informações comparativas e do capital intelectual.

- Gestão das Informações do Hospital - Este item quer saber como é e como funciona o sistema de informações do hospital: como são definidos os dados e indicadores a serem utilizados (painel de controle); como são coletados e armazenados os dados; como eles são acessados; e como hospital aprende e se recicla em relação ao uso deste sistema.
- Gestão das Informações Comparativas - Este item verifica o que o hospital faz para comparar seus dados com os concorrentes, outros hospitais e com a literatura, de maneira a usar estas comparações gerando informação para apoiar a análise crítica do desempenho global: quais seus referenciais de excelência; e como busca suas informações comparativas.

- Gestão do Capital Intelectual - Aqui se verifica como o hospital estimula, identifica, desenvolve, cultiva, protege e compartilha seu capital intelectual, avaliando, melhorando e disseminando o conhecimento gerado no hospital.

2.2.6. Gestão de pessoas

O sucesso de uma organização depende cada vez mais do conhecimento, habilidades, criatividade e motivação da sua força de trabalho. O sucesso das pessoas, por sua vez, depende cada vez mais de oportunidades para aprender e de um ambiente de trabalho favorável ao pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

Lembrando do surgimento do hospital, FOUCAULT (1979), o pessoal hospitalar do século não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente que estava ali para curar, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de qualidade que lhe assegurasse a salvação eterna.

O Critério Gestão de Pessoas examina como as pessoas são capacitadas para desenvolver e utilizar seu pleno potencial, em alinhamento com as estratégias do hospital. São também examinados os esforços para criar e manter um ambiente que conduza à excelência do desempenho, à plena participação e ao desenvolvimento pessoal e do hospital.

- Sistemas de trabalho - O que se busca neste item é avaliar as práticas de gestão no sistema de trabalho do setor de pessoal: recrutamento, seleção, admissão, integração, avaliação, estrutura de cargos e salários, organização das equipes, demissões etc.
- Capacitação e desenvolvimento - este item verifica como as necessidades de capacitação e de desenvolvimento das pessoas que trabalham no hospital são identificadas e como os métodos utilizados para educá-las e treiná-las, apóiam a obtenção das estratégias.
- Qualidade de vida - Verifica como os fatores relativos ao ambiente de trabalho e ao clima organizacional são identificados, avaliados e utilizados para assegurar o bem-estar, a satisfação e a motivação das pessoas que trabalham no hospital.

2.2.7. Gestão dos Processos

Sobrevém que a função administrativa em um hospital é de suma importância para planejar, organizar, controlar e determinar o conjunto de ações que viabilizem a prestação do serviço (OLIVA, 2004).

O critério Gestão de Processos examina os principais aspectos dessa gestão, incluindo o projeto de novos serviços ou condutas com foco no cliente, a

produção, os processos de apoio e relativos aos fornecedores e parceiros. Examina também como o hospital administra seus recursos financeiros de maneira a fazer a operação eficaz de seus processos.

A excelência do desempenho e o sucesso no negócio requerem que todas as atividades inter-relacionadas sejam compreendidas e gerenciadas segundo uma visão de processos. Assim, é fundamental que sejam conhecidos os clientes dos processos, seus requisitos e o que cada atividade adiciona de valor na busca do atendimento a estes requisitos.

O desenvolvimento de um sistema de gestão organizacional voltado para o alto desempenho requer a identificação e a análise de todos os seus processos. A análise de processos leva ao melhor entendimento do funcionamento da organização e permite a definição adequada de responsabilidades, a utilização eficiente dos recursos, a prevenção e a solução de problemas, a eliminação de atividades redundantes e a identificação clara dos clientes e fornecedores.

- Gestão de Processos Relativos aos Serviços do Hospital - Verifica como se executam e são controladas as práticas de gestão para obtenção do produto final do hospital, os principais métodos utilizados, os requisitos a que esses processos são submetidos e como eles são analisados e melhorados.

- Gestão de Processo de Apoio - Este item procura saber como o hospital gerencia os principais processos de apoio administrativo, de higiene e limpeza, segurança, informática etc.
- Gestão dos processos relativos aos Fornecedores – Este item procura averiguar as práticas de gestão na relação entre o hospital e seus fornecedores. Aqui está incluída a gestão de contratos do hospital assim como sua relação com empresas terceirizadas.
- Gestão Econômica-Financeira - Neste item se avaliam os tópicos relacionados com a administração financeira do hospital, que como qualquer organização tem como objetivo a manutenção do equilíbrio entre custos, despesas e receitas para que ele sobreviva.

2.2.8. Resultados

Segundo Martins, (1998), o final do serviço hospitalar acontece no momento da alta do paciente quando será avaliada a resolução do caso sob o ponto de vista técnico (qualidade do serviço prestado) e quanto do tratamento realizado para a obtenção do resultado. (eficiência financeira).

O critério Resultados examina o desempenho e a melhoria em áreas críticas para o hospital, tais como: satisfação dos clientes e do mercado, finanças, pessoas, fornecedores e parceiros, serviços à sociedade e processos de apoio e

organizacionais. São também examinados os níveis de desempenho em relação aos concorrentes, aos referenciais de excelência e/ou a outros referenciais comparativos.

A base para a tomada de decisão, em todos os níveis da organização, é a análise de fatos e dados gerados em cada um dos seus pertinentes. Estes se transformam em informações relacionadas a todos os aspectos importantes para a organização, ou seja, relacionadas aos clientes, mercados, finanças, pessoas, fornecedores, produtos, processos e à sociedade e comunidade.

Para o processo de tomada de decisão ser eficaz e a introdução de melhorias e inovações ser mais rápida, a organização deve dispor de sistemas estruturados de informação adequado ao seu negócio e deve também desenvolver formas de obtenção, armazenamento, disponibilização e uso sistemático de informações e conhecimento.

- Resultados Relativos aos Clientes e ao Mercado - Neste item se procura saber quais os instrumentos de medição do grau de satisfação dos clientes bem como os níveis de satisfação em valores absolutos e relativos aos referenciais pertinentes.
- Resultados Econômicos - Financeiros - Os resultados financeiros indicam o grau de eficiência do hospital no uso dos seus recursos. São vistos do ponto de vista do interesse dos donos, acionistas, cotistas ou do governo no caso de hospital público.

- Resultados Relativos às Pessoas - Aqui se procura avaliar o grau de satisfação das pessoas que trabalham no hospital, relativo às condições de trabalho, treinamento e bem estar.
- Resultados Relativos aos Fornecedores e Parceiros - Neste item se buscam os resultados da relação do hospital com seus fornecedores e parceiros (compartilham risco). Importante neste item a avaliação das relações com serviços terceirizados.
- Resultados Relativos aos Serviços - Aqui se avaliam os processos-fim do hospital. Buscam-se indicadores da qualidade dos processos comparado-os com padrões de desempenho. Os padrões são definidos pelas boas práticas, literatura etc., diferentemente dos resultados verificados no item 7.1. onde são avaliados na perspectiva do usuário.
- Resultados Relativos à Sociedade - Aqui se busca avaliar como o hospital satisfaz as necessidades da sociedade como um todo e não apenas daquela parcela de clientes. São avaliados indicadores do grau de satisfação da sociedade não com os requisitos ditados pela missão do hospital, mas com aqueles ditados por sua função social mais ampla, como instituição da comunidade e veículo da cidadania.

- Resultados dos Processos de Apoio e Organizacionais - Aqui, diferentemente do que no item 7.5., se avaliam os resultados dos processos meio e não dos processos fins. Aqui estão envolvidos todos os processos de apoio administrativo e organizacionais.

2.3. A metodologia do CQH

A metodologia do modelo de gestão do CQH baseia-se em seis elementos principais:

- 1- Monitorização continua dos indicadores;
- 2- Avaliação dos serviços pelos usuários;
- 3- Avaliação pelos funcionários;
- 4- Auto Avaliação;
- 5- Visita para avaliação da conformidade;
- 6- Reconhecimento (ou não) da conformidade.

A APM e o CREMESP designam o nível executivo responsável pela parte operacional do Programa e também colocam à sua disposição recursos necessários à sua implementação.

O nível executivo atua como Núcleo Técnico do CQH, para recebimento de relatórios, processamento de dados, manutenção dos arquivos, devolução de relatórios a cada hospital participante, concessão do Selo de Conformidade e outras atividades pertinentes ao Programa.

No hospital participante as atividades devem ser coordenadas por uma comissão interna da qualidade, composta, no mínimo, por representantes do corpo clínico, da enfermagem e da administração, designada pela direção do hospital e encarregada da comunicação com o Núcleo Técnico. Esta comissão deve se reunir

periodicamente para tratar de assuntos internos relacionados com a qualidade para avaliar os relatórios enviados ao Programa e os relatórios recebidos.

A participação no Programa se inicia com a assinatura do Termo de Adesão (impresso CQH-01) e o preenchimento do Cadastro Médico Hospitalar (impresso CQH-02), que devem ser encaminhados à sede do Núcleo Técnico. É atribuído um número de matrícula ao hospital, de conhecimento exclusivo do CQH e do hospital, de forma a preservar sua identidade.

A participação do hospital ao Programa efetiva-se com a prática das seguintes ações:

- Enviar os relatórios de indicadores mensais (incluindo a avaliação do usuário).
- Preencher roteiro de visitas;
- Pagar a contribuição mensal para o fundo de apoio;
- Comparecer às Assembléias dos hospitais participantes (facultativo a hospitais de fora do Estado de São Paulo).

A exclusão do Programa ocorrerá, por um dos itens abaixo relacionados, sendo que decorrido um ano da exclusão, o hospital poderá retornar ao Programa, mediante a assinatura de nosso Termo de Adesão, recomeçando um novo ciclo de participação.

- se houver solicitação expressa do hospital participante;

- se o mesmo deixar de enviar o conjunto de dados requisitados pelo programa;
- se houver infrações ético-disciplinares, referentes às condições de funcionamento do hospital, comprovadas por julgamento de entidades de classe e/ou órgãos do poder judiciário.

2.3.1. Monitorização dos indicadores

O Programa CQH, procura incentivar a utilização dos indicadores hospitalares como suporte ao processo decisório e na decisão baseada em fatos. Portanto o uso dos indicadores passou a ser condição imperativa e fundamental, contribuindo assim para a Gestão das Informações.

Uma dimensão importante na gestão de um serviço de saúde é o uso efetivo dos dados qualitativos e quantitativos disponíveis, como por exemplo, os relativos ao desempenho dos processos, satisfação dos clientes, aplicação de seus recursos, entre outros, que podemos chamar de indicadores de qualidade e produtividade.

Pode-se definir indicador como “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos e insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo” (FNQ2005).

O documento RELATÓRIOS CQH, entregue aos hospitais após a sua adesão ao Programa, contém os seguintes relatórios:

- Planilha 1 – Relatório Mensal de Indicadores – Hospitais Gerais – CQH-04-1.
- Planilha 2 – Atividades de treinamento.
- Planilhas 3 e 4 – Relatório de Avaliação pelo Usuário – CQH-06.

O hospital deverá preencher as planilhas e devolver trimestralmente os dados solicitados ao Núcleo Técnico do Programa do CQH em formato eletrônico (disquete, CD ou e-mail) até 30 dias após o término do trimestre.

O hospital deve enviar pontualmente os Relatórios Mensais de Indicadores, porque esses dados, quando recebidos pelo Núcleo Técnico, são analisados, inseridos no sistema e distribuídos em curvas de frequência, que são encaminhados trimestralmente aos hospitais para auto-avaliação de desempenho. Estas curvas indicarão a posição do hospital em relação à mediana do grupo.

As curvas de frequência serão construídas para os seguintes parâmetros, sendo que as mudanças destes parâmetros podem ser feitas à medida que forem necessárias e terão sempre concordância expressa dos hospitais participantes.

1. Hospitais Gerais

- Taxa de ocupação hospitalar
- Tempo médio de permanência (dias)
- Índice de renovação

- Índice de intervalo de substituição
- Taxa de mortalidade institucional
- Taxa de mortalidade operatória
- Taxa de cirurgias suspensas
- Taxa de reinternação não programada
- Taxa de reingresso no UTI durante a mesma internação
- Índice de exames laboratoriais por internação
- Índice de exames de diagnóstico por imagem por internação
- Taxa de cesáreas
- Taxa de cesáreas em primíparas
- Taxa de apgar – 1º minuto
- Taxa de apgar – 5º minuto
- Média de permanência por clínica/ serviço
- Taxa de infecção hospitalar
- Percentual de infecções hospitalares por clínica/ serviço
- Distribuição topográfica das I.H.
- Percentual de médicos com título de especialista.
- Relação enfermeiro/ leito
- Relação pessoal/ leito
- Taxa de absenteísmo – RH
- Taxa de rotatividade – RH
- Taxa de acidente de trabalho
- Custo do quilo de roupa lavada
- Taxa de preenchimento das avaliações pelo usuário
- Índice de satisfação e insatisfação dos clientes internados

2.3.2. Avaliação dos serviços pelos usuários:

Para a melhoria da qualidade do hospital, é entregue um questionário aos usuários como um canal de participação consciente e responsável, devendo ser entregue à recepção no momento da alta, não sendo consideradas as avaliações ilegíveis ou sem a assinatura do responsável pelo preenchimento.

Na avaliação anexa, são avaliados os itens referentes à satisfação do usuário com o atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto, roupa da cama, e um espaço para outros itens. A tabulação dos resultados é realizada pelo hospital e devem ser enviados ao CQH até 30 dias após o término do trimestre.

2.3.3. Auto Avaliação

Este é o principal item deste modelo, pois o modelo de gestão é o parâmetro da avaliação, e vice-versa, é um modelo de duas faces que serve para verificar e ao mesmo tempo para planejar.

Ao realizar a avaliação, o hospital identificará de forma sistemática os pontos fortes e as oportunidades de melhorias para a Instituição de Saúde, com base nos critérios de excelência do desempenho.

2.3.4. Visita para avaliação da conformidade

O Roteiro de Visitas do CQH é entregue ao hospital no momento da sua adesão ao Programa. Este deve ser preenchido e devolvido ao CQH dentro do período do primeiro ano de participação. O CQH pretende, com esta solicitação, incentivar a prática de auto-avaliação nos hospitais. O preenchimento do roteiro auxilia também o hospital a se preparar para a visita, ocasião na qual será avaliado pelo CQH através deste instrumento.

Após o recebimento do Termo de Adesão e Cadastro preenchidos, o Programa comunica através de correspondência o número de matrícula do hospital, que constará dos gráficos relativos aos indicadores analisados pelo CQH.

A primeira etapa consiste em manter os documentos legais para o funcionamento da instituição (alvarás do hospital e serviços), uma vez que nenhum outro programa de gestão se preocupa com este item, e infelizmente muitos hospitais brasileiros não possuem este alvará de funcionamento. O segundo passo importante é o cadastro do corpo clínico, principalmente se a organização trabalhar com corpo clínico aberto, pois a organização precisa conhecer quem atua dentro da organização e manter controle dos mesmos. Apesar de parecer algo lógico, é uma tarefa difícil. Além de manter o cadastro é muito importante que a instituição atualize-o constantemente e também que verifique se todos os médicos cadastrados estão em dia com suas obrigações junto ao Conselho de Medicina. Isso também vale para todos os outros profissionais de saúde que devem ter registros atualizados em seus Conselhos de Classe, como enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, entre

outros. No caso dos não-médicos a tarefa é mais fácil, pois como empregados da instituição, cooperam com a entrega das informações. E a terceira etapa, como em toda organização, consiste em manter um Organograma da Unidade com os nomes dos responsáveis.

Se a organização pretende participar do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, precisa também manter o Cadastro atualizado do CQH, e para a realização da visita, precisa enviar à CQH, os alvarás de funcionamento, o cadastro do corpo clínico e o organograma da unidade para análise e posterior agendamento da visita, que iniciará com a análise documental na instituição. Essa análise consiste na verificação dos seguintes documentos:

- Atas de reunião da alta direção e comissões;
- Planejamento estratégico;
- Indicadores utilizados para análise do desempenho do hospital;
- Avaliação do usuário;
- PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde)
- Referenciais comparativos e informações comparativas utilizadas;
- Registro de treinamentos;
- PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- Escalas de serviço;
- Manuais e procedimentos das áreas-fim e de apoio;
- Comprovante de manutenção preventiva de equipamentos;

- Resultados (tabelas e gráficos preferencialmente com no mínimo dados de três períodos e dados dos referenciais comparativos quando existentes);
- Relatório de proteção radioativa (fuga);
- Comprovante de combate a insetos e roedores e limpeza de caixas d'água;

Esta análise documental é realizada pelos avaliadores do CQH, se a organização optar por esta avaliação externa, mas como dito anteriormente, o objetivo é apresentar o modelo para a gestão dos processos sem a obrigatoriedade de reconhecimento por meio do Selo de Conformidade. Portanto, mesmo que não haja esta avaliação, se faz necessário manter todos os documentos da instituição atualizados, controlados, disponíveis. Documento é um meio de comunicação eficaz, que detém autoridade, define responsabilidades, mantém um histórico do desenvolvimento da instituição e comprova a realização de uma atividade. Este item no SGQ, baseado na ISO 9001:2000, item 4.2.3., Controle de Documentos, é bem estruturado e pode ser adotado por qualquer instituição que tenha qualquer outro sistema de gestão da qualidade que não seja a ISO 9001:2000.

O roteiro de visitas, que para nós será o Modelo de Gestão, está dividido em 8 critérios e a identificação do Perfil da Instituição. Estes critérios (Liderança, Estratégia e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados) está subdividido e cada subitem tem uma pontuação, sendo que a soma deste pontos dá o valor total do critério, conforme quadro abaixo:

QUADRO – 4 - CRITÉRIO PONTUAÇÃO

P. Perfil	5
I. Liderança	10
1.1. Sistema de Liderança	3
1.2. Cultura da Excelência	4
1.3. Análise Crítica do Desempenho Global	3
II. Estratégias e Planos	5
2.1. Formulação das Estratégias	2
2.2. Desdobramento das Estratégias	2
2.3. Planejamento da Medição do Desempenho	1
III. Clientes	5
3.1. Imagem e Conhecimento de Mercado	3
3.2. Relacionamento com Clientes	2
IV. Sociedade	5
4.1. Responsabilidade Socioambiental	3
4.2. Ética e Desenvolvimento Social	2
V. Informações e Conhecimento	10
5.1. Gestão das Informações do Hospital	5
5.2. Gestão das Informações Comparativas	4
5.3. Gestão do Capital Intelectual	1
VI. Pessoas	10
6.1. Sistemas de Trabalho	3
6.2. Capacitação e Desenvolvimento	4
6.3. Qualidade de Vida	3
<i>VII. Processos</i>	10
7.1. Gestão de Processos Relativos aos Serviços do Hospital	4
7.2. Gestão de Processos de Apoio	2
7.3. Gestão de Processos Relativos aos Fornecedores	2
7.4. Gestão Econômico-Financeira	2
VIII. Resultados	40
8.1. Resultados Relativos aos Clientes e ao Mercado	10
8.2. Resultados Econômico-Financeiros	8
8.3. Resultados Relativos às Pessoas	8
8.4. Resultados Relativos aos Fornecedores	2
8.5. Resultados Relativos aos Serviços (processos-fim e de apoio assistencial)	5
8.6. Resultados Relativos à Sociedade	2
8.7. Resultados dos Processos de Apoio (administrativos) e Organizacionais	5
Total	100

Fonte: Programa CQH – Compromisso com a Qualidade hospitalar. Roteiro de Visitas. Versão: fevereiro/2006-2

2.3.5. Reconhecimento (ou não) da conformidade

Se a instituição desejar o reconhecimento da conformidade com o Sistema de Gestão da Qualidade deverá enviar ao Núcleo Técnico do CQH, o roteiro de visitas previamente preenchido junto com a documentação pré-visita.

Passados os requisitos de pré-visita, a visita se inicia com o exame de toda a documentação do hospital. Após a revisão dos documentos, realiza-se uma reunião com a alta direção do hospital e suas gerências e depois a visita às instalações do hospital com o Roteiro de Visitas do Programa do CQH, por uma equipe técnica, acompanhada de representantes do corpo clínico, serviço de enfermagem e administrativo da Instituição durante toda a visita.

No roteiro existem duas opções de resposta: sim e não. Assinalar com um “x” a opção selecionada no espaço correspondente. No caso do hospital não oferecer o serviço, a condição será não se aplicará, o que deverá ser registrado com a abreviação NA ao lado do respectivo item. As informações coletadas deverão se referir à situação existente na data do preenchimento. A informação não comprovada pela equipe visitadora será considerada inexistente. Em sub-itens relacionados a uma mesma pergunta somente considerar “sim”, se todos eles forem respondidos afirmativamente exceto quando especificado de outra maneira. O hospital deve ter interesse em mostrar todos os itens do roteiro, uma vez que aqueles que não forem vistos, serão considerados inexistentes. Nos critérios de I a VII, os itens do roteiro estão sub divididos em três grupos: enfoque; aplicação; e aprendizado. Os itens de enfoque são mais conceituais e introduzem os temas que serão verificados em detalhes pontuais no grupo de itens de aplicação; nos itens de aprendizado se procura identificar como o hospital controla suas práticas de gestão e se os padrões de trabalho estabelecidos estão sendo alcançados.

O reconhecimento é dado se nesta visita a instituição atingir pelo menos 51 (cinquenta e um) pontos do total ponderado, e cumprir todas as 27 (vinte e sete) questões obrigatórias. No caso das questões não aplicáveis, estas serão retiradas do cálculo, sendo que o número máximo de pontos é 100 (cem). O Selo de Conformidade também será concedido (ou confirmado) aos hospitais que, mesmo tendo um ou mais tópicos obrigatórios não conformes, atingirem 95 (noventa e cinco) pontos ou mais na pontuação geral; ou 100% (cem por cento) de conformidade no critério “Resultados”, e; valores diferentes de zero em todos os itens avaliados. O hospital que obtiver mais de 51 pontos, não zerar em nenhum item, mas deixar de cumprir algum item obrigatório, terá o direito de uma revisita em três meses, somente nos itens obrigatórios não cumpridos.

Exemplo: O Item 1.1. (Sistema de Liderança) tem 13 itens possíveis e sua ponderação é 3; se o hospital tiver 10 itens positivos e 3 negativos, sua pontuação, neste critério, será 2,31.

$$x = \frac{10 \times 3}{13} = 2,31$$

13

Para a manutenção do Selo de Conformidade nas demais visitas, a instituição deverá obter o pelo menos 1 ponto a mais no total ponderado dos itens cumpridos na visita anterior, não podendo diminuir o valor alcançado em nenhum dos critérios, na visita anterior, com isso há um estímulo a melhoria contínua.

Se for constatada redução no total ponderado anteriormente alcançado em cada um dos critérios, ou deixarem de ser cumpridos itens obrigatórios, o hospital terá uma carência de 06 meses, a partir do envio do resultado da visita, para reestruturação das não-conformidades. Ao término do prazo de carência, receberá nova visita. Em caso de não cumprimento dos critérios será retirado o selo. A instituição poderá reavê-lo desde que atinja pelo menos 1 ponto acima do maior patamar alcançado anteriormente.

Por este método, a Instituição que não alcançar a pontuação mínima para a obtenção do selo de conformidade, poderá trabalhar com o estabelecimento de metas para aumentar a pontuação obtida. Este método de avaliação por pontuação motiva os trabalhos das instituições.

Os serviços terceirizados, como os serviços de laboratório, de diagnóstico por imagem, de hemoterapia, ou outros, que estiverem dentro ou anexo à área hospitalar, serão considerados como pertencentes ao hospital, necessitando, neste caso, do contrato de prestação de serviços e comprovantes das respectivas exigências contidas neste instrumento.

O Selo de Conformidade do CQH é revalidado a cada dois anos e, para tanto, deve haver um processo de melhoria contínua em toda a organização. Isso garante o desenvolvimento da Instituição continuamente.

CAPÍTULO 3 – A CRISE DA SAÚDE

A crise do sistema de saúde, a complexidade da sua estrutura organizacional, os constantes avanços tecnológicos, as necessárias contenções de custos, fatores políticos, sociais e culturais, aumentam a dificuldade de gerenciamento dessas organizações. Neste capítulo, será apresentado o cenário da saúde no mundo e no Brasil, particularidades deste setor que agravam esta crise, e a opinião de especialista para minimizá-la.

3.1. O cenário Internacional

Apesar de ser considerado pela OMS um dos sistemas de saúde mais justos do mundo, onde os impostos custeiam os serviços oferecidos a todos sem distinção, a pequena rede privada dedica-se apenas a serviços especializados. França é um dos países que optaram por atribuir totalmente ao Estado o financiamento da saúde. Porém não é considerado perfeito, pois "Se o sistema fosse assim tão bom, não teriam morrido tantos idosos em casa durante a onda de calor que atingiu o país. Eles teriam sido visitados e salvos", diz Kalache, da OMS.

Nos Estados Unidos, onde imperam as leis de mercado, os serviços médicos são privados e a maioria da população tem seguros de saúde privados. O seguro público é restrito aos muito pobres ou veteranos de guerra. O problema

americano é que cerca de 15% da população não tem nenhuma cobertura de saúde. Eles estão acima da linha da pobreza - por isso, não têm direito ao serviço público -, mas não ganham o suficiente para pagar um plano de saúde. Ao perceber uma oportunidade de negócios nessa massa de excluídos, a rede de supermercados Wal Mart chegou a lançar recentemente serviços médicos oferecidos a preços módicos dentro das lojas, um misto de McDonald's e consultório médico.

O sistema alemão oferece ampla cobertura e recentemente passou por reformas para melhorar a eficiência e conter gastos. Os assalariados que ganham abaixo de uma renda estipulada pelo governo pagam um fundo de saúde para ter acesso ao sistema público, quem ganha mais pode optar por um plano privado, mas perde o direito de voltar ao sistema público.

No Canadá, a maioria das províncias oferece um pacote de serviços básicos de saúde dentro do sistema público a toda a população, sendo proibido à rede privada prestar os mesmos serviços da rede pública. Mas a política de contenção de custos vem gerando insatisfação, devido às enormes filas para conseguir exames como tomografia computadorizada - fato retratado recentemente no filme "Invasões Bárbaras".

Um dos sistemas que costumam ser apontados como exemplo de sucesso é o chileno. Lá, o sistema público é opcional. Quem o utiliza tem de contribuir para o fundo nacional de saúde. Cerca de 65% da população optou pela

rede e paga de acordo com a renda familiar. Os demais têm planos privados e não podem usar o serviço público.

O Peru concentrou esforços na assistência primária, a primeira porta na qual o paciente bate quando percebe que há algo errado com sua saúde. Quando o cidadão procura um médico com uma queixa corriqueira e é bem atendido, é provável que ele desenvolva uma atitude mais preventiva em relação à saúde. Um caso de diabetes diagnosticado e controlado custa muito menos ao Estado que as complicações da doença, que exigem internação, sessões de hemodiálise, amputações.

No Reino Unido o sistema público atende à maior parte da população e estabelece um médico de família por região. O paciente é obrigado a passar por ele antes de ser encaminhado a especialistas. O sistema funciona, mas há insatisfação devido às filas de espera para algumas cirurgias.

Quadro 5 – Os resultados dos Sistemas de Saúde

PAÍS	Gastos públicos com saúde em US\$ per capita	Expectativa de vida média para ambos os sexos	Mortalidade infantil a cada mil nascimentos
África do Sul	280	49	66
Argentina	480	74	17
Brasil	280	69	35
Canadá	2.048	80	6
Chile	290	77	9
China	88	71	37
Costa Rica	486	77	10
Cuba	204	77	7
EUA	2.368	77	8
França	2.080	80	5
Japão	1.742	82	4
México	247	74	28
Peru	113	70	34
Reino Unido	1.801	79	6
Rússia	298	65	16
Venezuela	128	74	21

Fonte: The World Health Report 2005

3.2. O cenário Nacional

Martins (1998), fala sobre o objetivo da administração de um hospital, que é a manutenção do equilíbrio entre custos, despesas e receitas para que ele sobreviva numa economia de mercado e possa oferecer serviços médicos de excelência. Portanto, como qualquer outro tipo de empresa, ou negócio. Os motivos do agravamento deste problema no Brasil não são muitos diferentes dos demais países. Sofremos com a influência histórica, ou do surgimento dos hospitais como instituições de caridade, descrita no primeiro capítulo.

Graça (1996) relata que o hospital é uma instituição e uma organização, como qualquer outra (empresas, partidos políticos, escolas):

- Instituição, que de forma macro desempenha funções estritamente técnicas (por ex., tratamento, cura e reabilitação da doença; formação médica), e um papel social, econômico, ideológico, científico e político (conjunto de idéias, crenças, valores e normas de comportamentos propostos ao indivíduo numa dada sociedade).
- Organização, que de forma micro, no seu sistema de ação interno, nos seus atores internos e nas relações que estabelecem entre si (por ex., relação administração/*staff* profissional, relação médico/doente).

Pessoas pensam que hospital não deva ter lucro, por ser uma instituição de caridade. Mas ignoram o problema de onde deve vir o dinheiro para investir em novas tecnologias, o pagamento de salário digno às pessoas que trabalham e convivem diariamente como sofrimento das pessoas.

O país destina, comparativamente, poucos recursos à área. O gasto total, somando os sistemas público e privado, equivale a 8% do PIB. É muito menos que o gasto em países como Canadá, Estados Unidos ou França - aproximadamente 15% do PIB. O Brasil gasta sete vezes mais por habitante que a Índia e a China, mas os indicadores básicos de saúde não são melhores que estes países.

Ainda, as estratégias política e de investimento não são eficazes. Em 1996, criou a CPMF para aumentar os recursos para a saúde. Os recursos provenientes do imposto foram desviados para outras áreas. Enquanto esteve vigente até 31.12.2007, apenas 0,20% dos 0,38% cobrado sobre toda movimentação financeira ia diretamente para a saúde.

De acordo com um estudo ainda inédito realizado pelo CPES Centro Paulista de Economia da Saúde (CPES, sd), da Universidade Federal de São Paulo, se o crescimento econômico do Brasil nos próximos 20 anos for de 3% ao ano - em 2005, foi de 2,3% -, o país terá de gastar com saúde em 2025 o equivalente a 12% do PIB. Isso apenas para oferecer os mesmos benefícios de hoje.

Atualmente, as famílias brasileiras gastam com saúde em média 6% do orçamento familiar, segundo estudo do professor Ferraz, do CPES. Se o padrão salarial se mantiver nos próximos anos, em 2025 as famílias vão precisar gastar

15% do orçamento em serviços de saúde, para garantirem o mesmo padrão de atendimento possuem.

Segundo Oliva (2004) a atenção individual da saúde pode ser classificada em três focos de atuação:

- Promoção à saúde - geralmente de responsabilidade única do indivíduo, diz respeito a seus hábitos de vida e ambiente em que vive.
- Prevenção - é o foco mais disseminado nos meios de comunicação de massa através de campanhas direcionadas, como o câncer de mama ou Aids. Algumas associações foram formadas para divulgar essas campanhas, apoiando-se muitas vezes em figuras conhecidas pelo grande público que dão maior credibilidade à ação, na vida da população.
- Serviços Curativos – alvo principal da atuação dos serviços de assistência à saúde no Brasil é o terceiro foco de atuação. Ainda os serviços médicos e hospitalares preocupam-se mais com as doenças do que com a saúde. É a chamada “medicina heróica”, que engloba os serviços de diagnóstico e tratamento das doenças.

Considerando as informações acima dados acima e se pensarmos questões demográficas como a falta de saneamento básico, o aumento da população idosa, e a falta de acesso à educação, chega-se ao inevitável impacto na vulnerabilidade de saúde da nossa população.

No Brasil, porém, as doenças crônicas costumam ser tratadas por crises. Sem conseguir marcar uma consulta ou ter acesso aos medicamentos mais triviais, os pacientes esperam o diabetes ou a hipertensão piorar. Quando isso acontece, correm para o pronto-socorro e sobrecarregam um serviço que deveria ser destinado às emergências. Muitas vezes o paciente é internado e sai do hospital

com a doença controlada. Quando a caixa de remédio acaba, o ciclo de desperdício de dinheiro recomeça.

A tradição no Brasil é apagar incêndios em vez de evitá-los. Para combater a diarreia ou doenças como hepatite A ou febre tifóide bastaria melhorar o saneamento básico, investimento que nenhum político valoriza, pois não dá votos. Quase metade dos domicílios urbanos do país ainda não tem esgoto. Se houvesse saneamento básico adequado, o país economizaria R\$ 62 milhões por ano com internações, segundo dados da Fundação Nacional de Saúde.

Para dificultar ainda mais a situação, quase todos os atores do setor da saúde não adotam processos padronizados e sistemas de gestão adequados, permitindo a evasão de parcela significativa de sua produtividade. Estudos indicam que mais de 15% da produtividade do setor é desperdiçada, sendo as suas principais causas:

- a agilização abusiva dos recursos pelos usuários dos planos de saúde e a falta de mecanismos para inibir e controlar os exageros;
- a falta de controle dos gastos no atendimento aos pacientes;
- a falta de cobrança dos itens consumidos, a falta do conhecimento dos custos dos procedimentos, impedindo a realização de negociações transparentes com os compradores de serviços (menos de 1% dos serviços de saúde conhecem os

custos dos procedimentos ou avaliam os procedimentos de forma padronizada);

- a falta de percepção dos gestores em relação ao uso da Tecnologia da Informação e os benefícios proporcionados pela utilização;
- e a falta de padrões e protocolos médicos, o que gera grande distorção de conduta e custos dos atendimentos.

O mundo todo discute como financiar o setor diante de custos cada vez mais elevados. Pode parecer chocante, mas a assistência à saúde é cara simplesmente porque tem de ser cara. E, quanto mais a população envelhece, quanto mais a tecnologia avança, mais cara ela tende a ficar. O produto que a indústria da saúde oferece - aliviar o sofrimento e evitar a morte - tem um valor inestimável para qualquer ser humano. Por isso, o mercado naturalmente, em virtude da mais básica das leis econômicas - a da oferta e da procura -, atribui a esse produto preços elevados. Na prática, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, não existe modelo ideal para financiar a saúde da população.

Em resumo, a crise generalizada, a complexidade da estrutura, o custo crescente pelo envelhecimento da população e pelos avanços tecnológicos, a inevitável insuficiência de recursos, os fatores sociais, políticos e culturais, implicam todos na expressiva dificuldade de gerenciamento das organizações de saúde, exigindo delas que adotem estratégias de excelência bem pensadas e planejadas visando sua eficácia.

3.3. Como melhorar este cenário

O modelo paulista de Organizações Sociais de Saúde (OSS), considerado por alguns especialistas uma experiência bem-sucedida, onde o Estado delega a uma entidade privada, sem fins lucrativos, o gerenciamento de hospitais públicos e garante recursos mensais para manutenção, além de exercer um controle rígido sobre a gestão dos gastos e serviços prestados, é uma das maneiras de driblar a burocracia do Sistema de Saúde e melhorar a gestão.

Algumas sugestões dos especialistas para melhorar a saúde no Brasil, publicado na Revista Época (2006), por Cristiane Segatto:

- Melhorar a atenção primária: muitos pacientes procuram um pronto-socorro quando têm uma dor de cabeça. O ideal é melhorar os postos de saúde e aumentar o número de médicos de família para não sobrecarregar os prontos-socorros.

- Ênfase em prevenção: Um médico recebe do SUS cerca de R\$ 7 por consulta. Desestimulados, atendem mal e prescrevem remédios sem examinar corretamente o paciente. A atuação do médico deveria estar concentrada na prevenção de doenças. Assim, há que se investir em planejamento, definir políticas de saúde de médio e longo prazos mesmo que elas não rendam dividendos políticos.

- Mais educação: Investir em educação de todos os participantes do sistema de saúde, incluindo o cidadão. Aprimorar a tecnologia de informação para

acompanhar o que ocorre no sistema Garantir os recursos. Em 2000, foi criada a Emenda Constitucional 29 para "blindar" os recursos da saúde. Ela determina um percentual do aumento do PIB ou da arrecadação que deve ser destinado exclusivamente à saúde. Precisa ser regulamentada e cumprida.

- Parceria com a rede privada: O endividamento dos hospitais privados com o Fisco é enorme. Só de INSS as instituições devem mais de R\$ 6 bilhões. O acerto de contas poderia ser feito por meio de prestação de serviços ao SUS.

- Melhorar a gestão: Obrigar toda instituição pública de saúde a manter contrato de gestão com orçamento e metas bem estabelecidos.

- Criar outras fontes de receita: Permitir que hospitais públicos com bons recursos - em especial os hospitais universitários - atendam pacientes de planos de saúde, como acontece no InCor, em São Paulo.

Das sugestões acima apresentadas, o item "melhorar a gestão" é o que será o foco discutido nesta dissertação, com a apresentação do estudo de caso no Hospital HMSC, no capítulo 4, que melhoraram sua gestão em função da adoção do modelo de Gestão do Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH.

Capítulo 4 – HOSPITAL HMSC: ESTUDO DE CASO

Neste capítulo será feita a caracterização do Hospital HMSC referente à estrutura, os processos e o sistema de gestão, verificando os motivos que levaram a escolha do modelo de gestão. Em seguida será realizada uma análise da sua metodologia e das dificuldades encontradas na implantação e as principais mudanças nas práticas de gestão.

O perfil da organização, como é chamado no Modelo do CQH, tem como objetivo propiciar uma visão global da organização, sua inserção no mercado, destacando os principais elementos do seu negócio e particularidades do seu ramo de atuação.

Em seguida, será feito um histórico dos fatos mais relevantes da organização no que diz respeito à excelência do desempenho e competitividade.

4.1. Perfil da Organização

Instituída em 1911, em São Paulo como (ABFSC), voltada, inicialmente, para a proteção dos direitos dos motoristas. Com o passar dos anos, a entidade ampliou seu foco e passou a garantir serviços médicos a seus associados e, posteriormente, a toda comunidade. Com o passar dos anos a diretoria da Instituição percebeu a necessidade de construir um completo centro hospitalar, sonho este que se concretizou em 12 de dezembro de 1965 com a inauguração do Hospital HMSC.

O Hospital HMSC está localizado no Alto da Mooca, na cidade de São Paulo. Atualmente possui 175 leitos de internação, divididos em apartamento, enfermaria, unidade de cuidados especiais, isolamentos, Centro de Terapia Intensiva (adulto), Semi-Intensiva, berçário, UTI Neonatal, Hospital Dia, centro cirúrgico, centro de diagnóstico, odontologia, ambulatório geral e especializado, laboratório de análises clínicas, Pronto-Socorro Geral, Ortopédico, Pediátrico, Ginecológico e Obstétrico.

São 788 colaboradores, 360 médicos, e diversos terceirizados que formam a força de trabalho do Hospital que consta com mais de 1,1 mil colaboradores, atuando direta ou indiretamente nas 16 mil consultas ambulatoriais, 650 internações e 75 mil exames.

4.2. Produtos e processos

Apresentaremos aqui os principais produtos e serviços oferecidos, relacionados diretamente a atividade fim da organização, e os processos de apoio.

4.2.1. Principais produtos e serviços relacionados diretamente à atividade fim da organização.

Os principais produtos e serviços relacionados diretamente à atividade fim do HMSC consistem em Internação, Hospital-Dia, Centro Cirúrgico, Pronto-Socorro, Centro Médico Ambulatorial, e Maternidade, cujas características serão descritas a seguir:

Internação

- Apartamentos - Cada quarto possui um leito, com instalações modernas e práticas. Os apartamentos oferecem uma infra-estrutura com: Cama elétrica, sofá-cama para acompanhantes, banheiro, telefone, poltrona, armário, mesa de cabeceira e refeição e ambiente decorado com quadros
- Enfermaria - Cada quarto possui dois leitos, com instalações igualmente confortáveis e práticas. As enfermarias possuem infra-estrutura com: cama semi-elétrica, banheiro, TV a cabo, telefone, poltrona, armário, mesa de cabeceira e refeição e ambiente decorado com quadros.

Hospital Dia

Um moderno centro para procedimentos e cirurgias de rápida recuperação, voltado para diversas especialidades. Sua estrutura inclui: 02 salas cirúrgicas, recuperação própria com 12 leitos, apartamentos com direito a acompanhante, equipes multidisciplinares em plantão 24 horas, recepção exclusiva, serviço de Vallet e cafeteria, atendimento individualizado e facilidades no pagamento de sua conta.

Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico, localizado no 7º andar, possui sete salas com equipamentos de última geração para os diversos tipos de tratamento cirúrgico e diagnóstico. O setor mantém profissionais altamente qualificados para atendimento personalizado e humanizado.

O Centro Cirúrgico tem sempre a disposição serviços de laboratório, anatomia-patológica, Banco de Sangue, radiologia e equipe de anestesiologia de plantão nas 24h. Os instrumentais utilizados passam por rigoroso controle de desinfecção e esterilização pela Central de Materiais Esterilizados, que garante total segurança dos clientes e profissionais.

Pronto socorro

Reestruturado em 1997 Pronto Socorro é uma unidade hospitalar destinada a prestar atendimento nos casos de urgência e emergência médicas, sendo atendidos mensalmente aproximadamente 10.000 clientes, nas

especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia .

- Pronto Socorro Clínico - destinado a atender as patologias clínicas, tais como as doenças cardiovasculares (infarto, hipertensão, acidente vascular cerebral), doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e pneumonia), distúrbios gastro-entestinais etc.
- Pronto Socorro Cirúrgico - destinado a prestar atendimento aos clientes que necessitam de avaliação de cirurgião.
- Pronto Socorro Ginecológico - destinado a prestar atendimento às clientes que apresentem problemas ginecológicos ou obstétricos.
- Pronto Socorro Ortopédico - destinado a atender os casos de fraturas e traumatismos.
- Pronto Socorro Pediátrico - destinado a prestar atendimento as crianças e adolescentes.

Para agilizar o atendimento dos clientes que os procuram nos casos de urgência, atualmente neste setor conta com um profissional especializado em fazer uma triagem dos pacientes para que esses sejam encaminhados com rapidez e precisão para as equipes específicas para atendê-lo.

Centro Ambulatorial

O Centro Ambulatorial é uma unidade de atendimento eletivo, bem equipado e organizado de forma a facilitar o atendimento dos clientes, assim como

proporcionar sua comodidade e de seus acompanhantes, o setor reúne de forma racional os consultórios e as salas de exames.

Maternidade

Inaugurado em novembro de 2000, construída no andar térreo do Hospital, destinado ao atendimento de gestantes normais e de alto risco, dentro das normas preconizadas pelas *Agências Reguladoras* na área de saúde.

Com um total de 20 leitos para as gestantes (*10 enfermarias e 10 apartamentos*), 18 leitos de Berçário, 4 leitos de UTI Neonatal e Berçário Patológico. As instalações do Centro Obstétrico compõem-se de duas salas para parto *Cesárea* e uma para parto *Normal*. O Berçário tem uma configuração arquitetônica que permite a visualização dos bebês pelos familiares, sem que fiquem expostos a riscos de segurança e contaminação. Em contrapartida os bebês com alguma patologia são atendidos em área restrita e só recebem visitas dos pais, com todos os cuidados necessários para sua proteção. Os equipamentos destinados aos Berçários e UTI Neonatal são modernos e de tecnologia avançada: respiradores de última geração, berços especiais para fototerapia, dispensador de *Óxido Nítrico* para as crianças com prematuridade acentuada.

4.2.2. Principais processos de produção ou prestação de serviço

Nutrição de Dietética

Conta hoje com uma equipe de 65 colaboradores especializados, entre nutricionistas, técnicos em nutrição, cozinheiros, estoquistas, copeiras, auxiliares de cozinha e administrativos, que trabalham durante 24 horas e produz diariamente cerca de 1300 refeições destinadas aos clientes externos e internos.

O Serviço de Nutrição e Dietética é responsável pela realização da avaliação nutricional subjetiva de todos os clientes hospitalizados, a fim de detectar risco de desnutrição. O grupo técnico é composto por cinco nutricionistas que diariamente visitam os pacientes, acompanham a evolução e fornecem orientações sobre a dieta adequada para cada patologia, além disso, verificam a aceitação da alimentação, bem como, suas preferências.

Conjuntamente com as outras equipes, orienta os grupos atendidos de maneira multidisciplinar a optar por uma alimentação mais saudável, como por exemplo, o Grupo de Parkinson, o de Diabéticos e de Obesidade Mórbida.

Serviço Social

O setor de Serviço Social do Hospital realiza acompanhamento dos clientes hospitalizados desde sua admissão e a fim de intervir nos diversos aspectos sociais relacionados com o processo de adoecimento, que repercutem

freqüentemente durante a internação, além de atuar como intermediário entre os clientes e a instituição, facilitando as relações interpessoais.

As assistentes sociais também participam de projetos que propiciam a humanização do ambiente hospitalar e coordenam o atendimento aos clientes em situação de vulnerabilidade social.

Enfermagem

Enfermagem desenvolve atividades em equipe para a promoção e proteção da saúde, prevenção e recuperação de doenças, relacionado aos princípios técnicos e científicos, às leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional.

A equipe de enfermagem do Hospital HMSC é composta pela Gerencia de Enfermagem, Coordenadoria de Educação Continuada, Chefia de Enfermagem, Enfermeiros Assistenciais, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Agentes de Apoio

O Processo de Enfermagem conhecido como Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE é composto pelo: Histórico (anamnese e exame físico), diagnóstico, prescrição, evolução e anotação de Enfermagem. Todos os formulários preenchidos fazem parte do prontuário do paciente. Para melhor desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo assistencial foi criado

o Centro Educacional de Enfermagem que tem como objetivo principal a atualização continuada dos nossos profissionais de Enfermagem.

Fisioterapia

A Clínica de Fisioterapia do HMSC possui uma área de 200m² moderna e confortável, com equipamentos de tecnologia avançada, ambiente climatizado e acesso adaptado para deficientes físicos. A fisioterapia hospitalar em enfermarias e apartamentos funciona das 6 às 18h e no Centro de Terapia Intensiva, Semi-Intensiva, UTI Neonatal e Pronto Socorro o serviço é 24 horas. Conta com equipe especializada nas áreas de ortopedia, drenagem linfática, incontinência urinária, recuperação pós-mastectomia, estética e reeducação postural global – RPG.

Psicologia

No HMSC a Equipe de Psicologia atua nos segmentos hospitalar, ambulatorial e a psico-oncologia, os clientes têm acesso à orientação, apoio e tratamento. Uma atenção especial também é oferecida aos cuidadores e familiares de pacientes com dependência total ou parcial, através do Grupo de Apoio ao Cuidador.

Na Psicologia Hospitalar atende os pacientes hospitalizados e seus acompanhantes durante a toda sua permanência no Hospital, além de realizar o

plantão psicológico durante os horários de visitas no Centro de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva.

No Ambulatório do Espaço de Convivência e Orientação (ECO) os clientes com as mais diversas queixas são avaliados e encaminhados para atendimento psicológico individual ou grupal (adultos e terceira idade).

Na Psico-oncologia, a equipe realiza atendimento ambulatorial, também durante a hospitalização do paciente, pelo período em que o paciente se submete ao tratamento quimioterápico.

Fonodialogia

O atendimento fonoaudiológico hospitalar abrange todas as unidades de internação, inclusive o Centro de Terapia Intensiva, Semi-Intensiva, Unidade de Cuidados Especiais de Enfermagem, berçário geral e de alto risco. Mediante solicitação médica, é realizada a avaliação do paciente e seu acompanhamento até a alta hospitalar.

O atendimento fonoaudiológico ambulatorial é realizado no Espaço de Convivência e Orientação. O cliente é inicialmente encaminhado para uma triagem multidisciplinar, na qual são definidas as especialidades que deverão atendê-lo. Posteriormente o paciente é submetido a uma avaliação fonoaudiológica e inicia o processo terapêutico.

Odontologia

O Hospital HMSC possui um setor de odontologia moderno, equipado e capacitado para realizar todos os exames e procedimentos dentários, nas especialidades de:

- Cirurgia - Cirurgia buco-maxilo-facial e oral menor, tais como: extrações dentárias, remoção de cisto e outros processos patológicos.
- Dentística - Restauração de dentes, inclusive estéticas e clareamento dental.
- Endodontia - Tratamento dos canais dos dentes.
- Implantes - Visa à reposição de um ou mais dentes por meio de componentes de titânio fixados no osso.
- Periodontia - Trata as doenças da gengiva, incluindo enxertos e plástica.
- Prótese - Reabilitação oral por meio da colocação de próteses totais ou parciais, fixas ou removíveis, sobre implantes e facetas laminadas para correção estética.
- Odontopediatria - Tratamento especial para a criança e adolescente, acompanhando o desenvolvimento dos dentes.
- Ortodontia - Corrige o alinhamento dos dentes, com objetivo de obter adequadamente função mastigatória.
- Semiologia - Diagnóstico e tratamento de lesões bucais.

4.2.3. Principais processos de apoio

Estacionamento com manobristas na entrada do Hospital e do Centro Ambulatorial;

Paisagismo e Jardinagem - jardins e floreiras estão sempre ornamentadas e bem cuidadas;

Recepções: Internação/ Maternidade/ Hospital Dia - exerce um papel importante no funcionamento de todo o sistema hospitalar, pois são no momento da chegada do cliente que ele é acolhido, admitido e encaminhado as suas acomodações;

Serviços de Camareiros - fazem parte do setor de Rouparia e são responsáveis pelo recebimento, distribuição e controle do enxoval, diariamente;

Higiene e Limpeza - possui uma equipe periodicamente treinada para realizar diariamente a antissepsia de todas as nossas instalações e limpeza, incluindo a limpeza da área externa. No Hospital também é realizada a coleta seletiva do lixo que contribui para a conservação dos recursos renováveis do meio ambiente reduzindo os impactos negativos no ecossistema.

4.3. Histórico pela busca da excelência

A 18ª Instituição a receber o selo de conformidade do CQH, em 04 de dezembro de 2007, apesar de estar inscrito no Programa de 1995, o que significa que desde essa época, trimestralmente o Hospital envia ao CQH os resultados dos indicadores, citados no capítulo 2, desta dissertação. Em 2004, após a análise dos modelos de gestão da qualidade existentes e ter visitado Instituições de Saúde que utilizavam de algum modelo gestão.

A decisão de adotar o modelo de gestão do CQH ocorreu em julho de 2004 e neste mesmo mês teve início o processo de implantação.

Os motivos que levaram à escolha deste programa, segundo o hospital HMSC, foram:

- por ser um Modelo de Gestão, e não somente uma ferramenta de gestão da qualidade;
- por estar alinhado com o Modelo de Gestão e Valores do programa, principalmente no que diz respeito aos padrões éticos, credibilidade, confidencialidade e o caráter educativo;
- pela Visão Sistêmica do modelo, pois atua em todos os serviços do hospital;
- pela simplicidade de entendimento e implantação;
- pelo entendimento e uso do PDCA, como ferramenta de melhoria para a gestão.

- pela possibilidade de Auto-Avaliação, nos permitindo detectar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria;
- e pelo baixo custo de Implantação.

Para o Presidente do Conselho Deliberativo da ABFSC, entidade mantenedora do hospital HMSC, o modelo de gestão do CQH é muito mais que um selo de qualidade, ele dissemina a filosofia e postura de qualidade em toda a organização. “O Selo de Conformidade nos reconhece como uma Instituição que tem como propósito a melhoria contínua de processos e serviços para atender às necessidades de todas as partes interessadas”.

4.3.1. Metodologia de implantação

Depois de decidido por adotar o modelo de gestão, a instituição teve que definir a metodologia de implantação. O primeiro passo foi a criação da Gerencia da Qualidade e a estruturação do setor. Essa estruturação se deu com a formação de seis comitês de trabalho. Cada Comitê teve que conhecer o Roteiro de Visita do CQH para acompanhar a implantação das ações dos critérios a estes atribuídos, com exceção do sexto Comitê que ao atribuiu a responsabilidade de estudo e implementação de indicadores. A formação dos comitês por critérios se deu da seguinte forma:

- Comitê 1 – Perfil, Sociedade e Clientes
- Comitê 2 – Informação e Conhecimento e Estratégias e Planos
- Comitê 3 – Liderança e pessoas

- Comitê 4 – Processos
- Comitê 5 – Resultados
- Comitê 6 – Indicadores

A Gerencia da Qualidade, com os Comitês e a Direção do Hospital atuam nos três níveis para a tomada de decisão, quais sejam:

- Estratégico – participam deste nível a Gerencia da Qualidade e a Diretoria do Hospital;
- Tático – a Gerencia da Qualidade e os Coordenadores dos Comitês;
- Operacional – os membros do comitê.

Os Comitês são formados por sete pessoas de diversas áreas de atuação (multidisciplinar), sendo um deles o coordenador, que é substituído por outro membro do comitê, no período de três meses. Esses comitês multidisciplinares reúnem-se semanalmente ou quinzenalmente, de acordo com a necessidade para análise e verificação das ações propostas para a melhoria da Instituição.

Reúnem-se também trimestralmente para apresentar os resultados dos indicadores e realizar a análise crítica desses indicadores e do *status* do programa com a Gerencia da Qualidade e a Direção do Hospital.

Esses comitês têm responsabilidade e autoridade para definir ou alterar práticas de gestão, desde que não seja necessária a aplicação de recursos financeiros. Quando isso ocorre os Comitês são responsáveis por apresentar os

resultados dessa análise à Direção do Hospital, que decide sobre a implantação ou não da nova prática de gestão, que por sua vez devem apresentar os resultados desta análise de necessidade à Direção do Hospital que decide da implantação ou não da proposta.

Após essa estruturação o segundo passo foi a capacitação dos membros do comitê, para isso foi realizado Curso de Visitador do CQH, *in company*, com objetivo de apresentar e discutir a metodologia de avaliação do CQH, baseada nos critérios de excelência do PNQ e capacitá-los para desempenhar a atividade de avaliação de qualidade.

A partir do princípio que os membros dos Comitês, estavam capacitados, em dezembro 2004, foi realizado o primeiro Auto-Diagnóstico. O resultado deste primeiro Auto-Diagnóstico foi de 31,14 pontos. Feito o Auto-Diagnóstico e a identificação dos pontos de não-conformidades, estas são dadas ao conhecimento das áreas envolvidas, para que estas elaborem o plano de ação e encaminhem para a análise e aprovação dos Comitês.

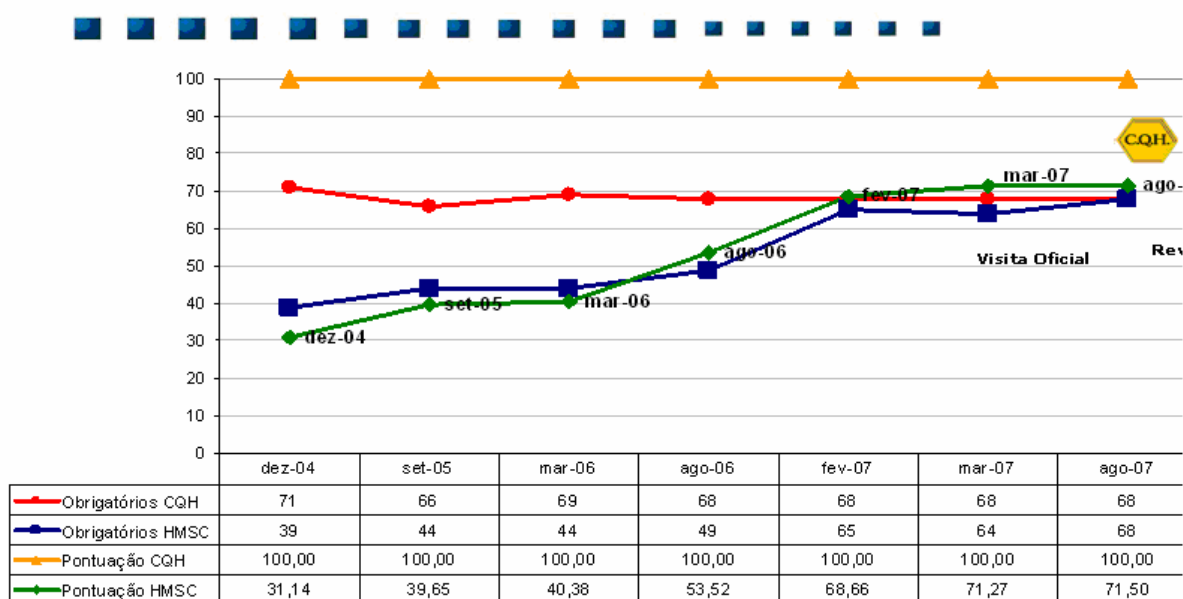
Para verificar a efetividade das ações propostas e analisar o grau de adequação do modelo de gestão foi realizada outra Auto-Avaliação em setembro de 2005, obtendo 39,65 pontos. O mesmo procedimento de análise e planejamento de ações para a solução de cada não conformidade é realizado após cada Avaliação.

A partir de 2006 decidiu-se por realizar a Auto-Avaliação semestralmente. Essas foram realizadas em março com a obtenção 40,38 pontos e em agosto com a obtenção de 53,52 pontos.

Com o resultado obtido na Auto Avaliação de fevereiro de 2007, de 68,66, o HMSC decidiu por solicitar a “visita oficial” do CQH para a avaliação do modelo, quando atingiram 71,27 pontos. Ainda havia 4 não-conformidades de requisitos legais, o que não permitiu, a obtenção do selo de conformidade. Foi marcada nova visita (revista) após seis meses. Em agosto de 2007, com 71,50 pontos e nenhuma não conformidade nos requisitos legais, o hospital HMSC foi reconhecido, recebendo em novembro do mesmo ano o Selo de Conformidade.

O gráfico 1 – permite visualizar a evolução da implantação do CQH no hospital HMSC.

GRAFICO 1 – EVOLUÇÃO DO CQH NO HOSPITAL NO HMSC



4.4. As mudanças de práticas de gestão

Segundo a Coordenadora da Qualidade, houve grandes mudanças no hospital, algumas práticas de gestão e adequação da infra-estrutura, com investimento de 1 milhão ao longo do processo. Essas mudanças serão descritas abaixo de acordo com os critérios do modelo:

- Perfil:

A principal mudança se deu na redefinição e sistematização do processo de transporte de roupas. Que do método vertical, conhecido como “chutado”, foi reestruturado para o transporte horizontal.

Visando melhorar o conforto aos clientes/ paciente foram realizadas algumas reformas e a Gerencia de Hotelaria. Além disso, outras reformas tiveram que ser realizadas como a reestruturação da rede elétrica e da rede lógica, visando o atendimento das legislações aplicáveis ao negócio, como a questão da acessibilidade. Com a adoção do modelo, a sistemática de controle de aplicabilidade de legislação ao Hospital hoje é um rotina.

- Liderança:

Uma importante mudança foi a reestruturação organizacional, criando estruturas de Coordenação, Gerência e Supervisão, dando-lhes autonomia e

autoridade, para fortalecer a cultura da liderança. Os líderes capacitados, por meio de treinamento de Desenvolvimento.

- Estratégia e Planos:

Em 2007 foi elaborado o planejamento estratégico, “*business plan*”, com duas macros estratégias, visando estabilizar a organização, que são:

- Aumento de receita
- Diminuição de Desperdício.

- Clientes e Sociedade:

Foi criado o SAAAC, Serviço de Atendimento Acolhimento e Assistência ao Cliente, considerando o perfil dos clientes do negócio. Esse serviço possui uma função abrangente que privilegia a completa assistência, atendimento humanizado tendo sempre em vista os aspectos bio-psico-sociais dos pacientes e de seus familiares.

Utilização da ferramenta dos 80 – 20, com a realização de reunião mensal para as áreas críticas do Hospital (Ambulatório, Pronto Socorro e Hotelaria).

A criação da Gerencia de Hotelaria, citada anteriormente impactou diretamente no conforto oferecido aos clientes.

Quanto a sociedade, a Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde – PGRSS criou o programa de reciclagem de resíduos e óleo de cozinha, além de trabalhar com a redução do desperdício de energia e água e o controle de pragas.

O Hospital ainda realiza outras ações sociais, como: entrega de roupas e alimentos para creches e asilos da região no final do ano; a realização de Campanha de vacinação do idoso, sendo o maior centro de vacinação para o idoso, segundo a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; e a Caminhada pelo bairro, passeio que ocorre anualmente, criado por médicos cardiologistas, visando alertar as pessoas para a realização de atividades físicas.

- Processo:

Foram analisados e adequados todos os manuais e rotinas ao um modelo padronizado.

- Informação e Conhecimento:

Entendido que a informação é o coração do hospital, segundo a Coordenadora da Qualidade do Hospital, este item trouxe mudanças importantes à Instituição. Foi realizado um grande trabalho de reestruturação e sistematização da Comissão de Prontuários, que trouxe resultados positivos, que serão apresentados no Congresso ADH 2008 uns dos principais congressos da área da Saúde, realizados no Brasil.

- Pessoas:

As principais mudanças de gestão neste critério foram a definição de recrutamento interno e a implementação do PHACO – Perfil de Habilidade e Competências, instrumento utilizado para a realização de avaliação profissional para fins de promoções internas.

- Resultados:

A aquisição do software – Bener, sistema de custos hospitalares, a realização de orçamento anual e acompanhamento mensal do orçamento e de seus resultados.

A criação do Comitê de indicadores que estuda e aprimora seus conhecimentos com a participação efetiva do NAGEH – Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar do CQH, possibilitando assim maior credibilidade nos resultados dos indicadores institucionais apresentados.

4.5. Vantagens com a adesão ao Programa

O Selo de Conformidade do CQH é revalidado a cada dois anos e, para tanto, deve haver um processo de melhoria contínua em toda a organização. “Temos a consciência de que o sucesso de hoje não garante o sucesso de amanhã”, afirma o presidente.

Para o HMSC esta conquista é mais um degrau rumo a outros projetos. Além da manutenção do Programa e adequação ao novo Roteiro versão 2008. Neste ano a instituição pretende iniciar também o mapeamento de processo e também o desdobramento do planejamento estratégico às diversas áreas da Instituição, adquirir um novo software de Gestão Hospitalar, e também iniciar a elaboração do RG do hospital, preparando-o para o PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde.

Portanto a apresentação desse processo de implantação do modelo de gestão do CQH no hospital HMSC permite inferir que houve melhorias na qualidade dos serviços prestados. Isso ocorreu em função das mudanças das práticas de gestão e infra-estrutura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital é um espaço onde as pessoas procuram para melhorar sua qualidade de vida, que naquele momento, por motivos de saúde, não está bem.

Qualidade é um processo que se adquire para atender a necessidade das pessoas. Portanto, este não é um processo qualquer. É um processo que exige um compromisso da Instituição Hospitalar em alterar suas práticas de gestão para tornar o atendimento eficaz.

Alterar, mudar, sair do estado de comodidade, foi que fez o hospital HMSC com a decisão de adotar um modelo de gestão para melhorar a qualidade dos serviços prestados, dentro de um cenário de crise, que grandes mudanças podem não impactar na qualidade do serviço prestado ao cliente/ paciente.

Esse hospital, referência no atendimento aos idosos, devido às questões demográficas da região, lembrando que eu um paciente de custo elevado, passou a ser referência também para os hospitais que querem melhorar a qualidade de seus serviços.

O CQH introduziu no hospital novos valores e novas práticas em uma organização que é parte de um sistema de Saúde em crise. O aperfeiçoamento do modelo com atividades como as ações sociais realizadas pelo HMSC à sociedade, podem ser consideradas pouco relevante, mas de significação ao público atendido.

Os funcionários também são considerados importantes pelo modelo. As alterações de práticas de gestão que melhore as condições de trabalho destes funcionários, ou sua política de Recursos Humanos, como ocorreu no hospital HMSC, indiretamente atribui melhorias a qualidade dos serviços prestados aos pacientes, uma vez que os funcionários estão mais satisfeitos.

O modelo é auto-motivante. Ao verificar as melhorias introduzidas na instituição e principalmente por conseguir “ver” estes resultados, as pessoas passam a atuarem de forma favorável ao desenvolvimento do sistema como foi verificado no gráfico 1, que mostra a evolução do modelo no hospital HMSC. Pois, essa evolução foi concretizada em função do envolvimento de todos da força de trabalho nos três níveis (estratégico, tático e operacional).

Neste contexto a qualidade é central porque não se resolve a na instituição os problemas detectados com a qualidade da prestação dos serviços apenas com a melhoria da hotelaria, mas sim com a resolutividade dos serviços prestados.

Essas mudanças de práticas significam que o hospital HMSC alterou a eficácia da sua prestação de serviços, mas não a efetividade da sua ação uma vez que o hospital foi recentemente selado.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 9001:2000. Sistema de Gestão da Qualidade: Requisitos. Rio de Janeiro, set. 2000a.

BODINSON, Glenn W. Transforme as boas organizações de saúde em ótimas. Banas Qualidade. Abril. 2006.

BORBA V.R. Marketing Hospitalar, 1 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 6. ed. Rio de Janeiro. Campus, 2000

CrITÉrios de Avaliação. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde. PNGS (Ciclo 2004-2005)

DEL NERO. Economia e sociedade. São Paulo. Fundação instituto de pesquisas Econômicas. 1995.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.

GAUTHIER, P.H.; GRENON, A; PINSON, G.; RAMEAU, E. O controle de Gestão no Hospital. Tradução Celina Monteiro. São Paulo: CEDAS. 1979).

GRAÇA, L. - Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 1996.

GURGEL JUNIOR, G. D. & VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração Hospitalar: explorando disjunções conceituais. 2002. Internet: URL: <http://www.opas.org.br> – capturado em julho de 2007.

JURAN. J M. A função qualidade. In: JURAN, J.M.; GRINA. F. M. Controle da qualidade: Handbook. São Paulo: Makron, vol. 1. 1991.

YIN, R.K. Case Study Research: desinga and methods. Sage, London, 2nd, 1994. Programa controle de qualidade do atendimento médico-hospitalar. Manual de orientações aos hospitais participantes – 3^a edição. 2001.

MARTINS, D. Custos e Orçamentos Hospitalares. São Paulo. Atlas, 1998

MAGNUS. PAULO. O desafio da padronização dos processos e da automação na área da saúde. 2006. Internet: www.cqh.org.br – capturado em dezembro de 2006.

MALIK, A.M.: TELES, J.P. Programa de Qualidade em Hospitais: um estudo exploratório no Estado de São Paulo – Brasil 1999. Internet. URL: <http://www.opas.org.Br/serviço/c.doc> – capturado em julho de 2007.

MORIN, Edgar. Introdução ao Pensamento Complexo. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. 177p

OLIVA, Flávio Alberto. BSC – Balanced Scorecard: ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo. Iátria, 2004.

ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. Manual Brasileiro de Acreditação – São Paulo. 2006.

PORTER. Michael E.; TEISBERG. Elizabeth O. Repensando a Saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre. Bookman, 2007.

PROGRAMA CQH. Critérios de Avaliação. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde - PNGS (Ciclo 2004-2005), São Paulo: CQH. 2004.

PROGRAMA CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Roteiro de Visitas. Versão: fevereiro/2006-2

PROGRAMA CONTROLE DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. Manual de orientações aos hospitais participantes – 3ª edição. São Paulo: CQH.2001.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Brasil. 2000. Internet: URL: <http://www.opas.org.br>. – capturado em julho de 2007.

SCHIESARI, Laura Maria César. KISIL, Maros. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. Revista de Administração em Saúde. Vol.5. Nº 18. 2003.

SEGATTO. Cristiane. STAMOS doentes. O que o precisa fazer para recuperar o atraso na área da saúde. Época. Rio de Janeiro, n. 415, p. 38 – 43, maio 2006.

SUSLIK. Carlos. Expansão do setor de saúde exige médicos com perfil gerencial. Revista Após. Ano I. edição II. Dezembro de 2005. p.22.

TAJRA, Sanmya Feitosa. Gestão Estratégica na Saúde: Reflexões e praticas para uma administração voltada para excelência.1ª edição. São Paulo. Iátria. 2006.

TAVARES, Juliana. Administração Hospitalar. Necessidade de profissionalizar o setor aumenta a procura por cursos em gestão da saúde. Revista Após. P. 08-10. Ano I. edição II. Dezembro de 2005.

SITES:

Centro Paulista de Economia da Saúde - PIB, Inflação e Sistema Saúde Brasileiro: uma projeção para os próximos 20 anos. - www.cpes.org.br/PIB_port.pdf

Organização Nacional de Acreditação – ONA – www.ona.org.br

International Organization for Standardization - ISO - www.iso.org

Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – ABA - CBA – www.cbacred.org.br

Fundação Nacional da Qualidade – FNQ - www.fnq.org.br