



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Cláudia Silva Marinho Antunes Barros

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS
BAIANOS SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO**

SALVADOR
2006

Cláudia Silva Marinho Antunes Barros

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS
BAIANOS SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração de Administração dos Serviços de Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

**SALVADOR / BA
2006**

B277a BARROS, Cláudia Silva Marinho Antunes Barros.

Avaliação da Qualidade dos Hospitais Públicos Baianos
Segundo o Modelo de Gestão.

Salvador: C. S. M. A. Barros, 2005.

138 p.

Orientadora: Profª Drª Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2005.

1. serviço de saúde 2. internação hospitalar 3. avaliação da
qualidade 4. indicador 5. modelo de gestão. I. Título.

CDU: 658.562:613(02)

Cláudia Silva Marinho Antunes Barros

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS
BAIANOS SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre, área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

Aprovada em 29 de julho de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes _____
Doutora em Administração Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Luiz Carlos Santana Passos _____
Doutor em Medicina Interna e Professor da Universidade Federal da Bahia

Cristina Maria Meira de Melo _____
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Ester de Souza Costa _____
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho:

**Ao meu filho João Pedro que inundou minha
vida de felicidade com a sua chegada.**

**Ao meu marido Ronaldo pela compreensão e
paciência.**

À minha mãe Eurides pelo apoio incondicional.

**Às minhas irmãs Tatiana e Joice, sempre
companheiras.**

**E a DEUS, a razão da minha vida, por permitir
mais essa vitória!**

AGRADECIMENTOS

À UFBA pela oportunidade de crescimento oferecida.

À pós-graduação de enfermagem da UFBA pela seriedade e dedicação do trabalho prestado ao curso.

À Prof^ª Enilda, Edivaldina e a Alzira pela paciência e amizade.

À CAPES pelo apoio e pela importante missão de desenvolvimento educacional.

À minha orientadora, Prof^ª Vera Mendes, pelo apoio e incentivo dispensados à esse trabalho.

Aos meus professores de mestrado pelos conhecimentos passados e dedicação na sua tarefa de formar mestres.

Aos professores da banca examinadora, especialmente à Prof^ª Cristina Melo pelas importantes contribuições.

Às minhas colegas de mestrado pela oportunidade de tê-las conhecido e compartilhado momentos de grande satisfação.

À Angélica, Iracema e Karina por toda amizade e companheirismo nos momentos de aprendizado, de alegria, de chateações, de frustrações e de medo.

Aos entrevistados pelo tempo e credibilidade dispensados à pesquisa.

Aos pacientes e aos colegas de profissão, principais motivadores deste trabalho.

À toda minha família e amigos sinceros que acreditaram e torceram pela realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo avaliar como os fatores de qualidade, no que se referem à estrutura, processo e resultado, e os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos baianos se interrelacionam e influenciam os serviços de internação em clínica médica. Para tanto, foi realizada a revisão de literatura sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde e sobre os modelos de gestão tradicional/burocrático e terceirizado, como forma de respaldar a análise dos resultados. Foi realizado um estudo quantitativo, avaliativo, exploratório e descritivo. De um universo de 43 hospitais públicos baianos foi selecionada probabilisticamente, uma amostra de dezenove hospitais. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2004 utilizando como instrumento o questionário. A análise dos resultados revela que, no contexto da Reforma Administrativa, de 1995, os fatores da qualidade desenvolvidos por Donabedian relativos à estrutura, processo e resultado, são insuficientes para a avaliação dos serviços de saúde, dado que esse método não considera o contexto no qual se insere as organizações hospitalares públicas, como diferentes modelos de gestão, porte e complexidade de atendimento, influenciando na sua qualidade. No que se refere a interrelação dos fatores de qualidade observou-se que existe uma estreita relação entre as três dimensões, confirmando a afirmação de Donabedian de que boa estrutura pode garantir bom processo, mas má estrutura pode levar a processos inadequados e que boa estrutura e bom processo não necessariamente garantem bons resultados. Com relação aos modelos de gestão, os resultados indicam que eles influenciaram na qualidade da estrutura e do processo. No entanto, não se observou influência relevante deste aspecto sobre a qualidade dos resultados, especificamente, no que diz respeito à capacidade de oferta de internações. Os hospitais com gestão terceirizada apresentam mais indicadores positivos de qualidade, tanto para a estrutura, os processos e os resultados. Isso, contudo, não permite afirmar que os hospitais com este modelo de gestão sejam a solução para a melhoria da qualidade, dado que os melhores indicadores de estrutura e de processo apresentados por estes hospitais não determinaram relevante influência no resultado, medido, especialmente, pela capacidade de oferta. Isso indica que o modelo de gestão pouco influenciou na qualidade dos resultados. Em síntese, os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos baianos influenciam na estrutura e no processo, mas não determinam melhor qualidade dos resultados. Ambos apresentam as mesmas dificuldades com relação à oferta.

Palavras-chave: avaliação da qualidade em serviços de saúde, modelo de gestão e indicadores.

ABSTRACT

This study has the objective to evaluate how the quality factors, have references to structure, process and results, and the models of administration adapts on the public hospitals in Bahia and how to connect and influence the services of confine in medical clinics. For this, was realized revisions of literatures about avaliations of services qualities in health and about other models of traditional/burocratic administration and terceirized, guaranteed the analysis of the results. It was realized a quantativy, avaliativy, exploratory and descriptive. In a universe of 43 (forty three) public hospitals in Bahia, was selected probabilistically, a sample of 19 (nineteen) hospitals. The collection of basis was realized between January and April, 2004, using how implement the questions. The analysis of the results show that, in the context of the administrative reformation, in 1995, the qualitative factors develop by Donabedian relative to the structure, process and results, were insufficients to the avaliations of the health services, when this method don't consider the context that introduce the public hospitalar organizations, how different model of administration, charge and complexity of attending, influencing in your quality. It's refering in the interrelation of the quality factors, observing that exist a linear relation between the three dimensions, confirmed the affirmation of Donabedian, that the good structure can guaranteed a good process, but the bad structure can take the inadequated process and the good structure and process not necessarily guaranteed better results. In relation to the models of administrations, the results, especificly, in respect of the capacities to offer internations, the hospitals with the terceirized administration, presented more indicators of positive quality in the structures, process and results. This, however, don't authorize to affirm that the hospitals with this model of administration were the solution for the quality improvment, basis that the better indicators of structures and process presented for these hospitals don't determine relevant influences in the results, specially in the capacity of offer. This indicate that the model of administration influenced a few in the quality of results. In syntesis, the model of administration adopted by th hospitals in Bahia, influence in the structure and in the process, but don't determine the better quality of results. Both of them show the same difficulties with relation to the offer.

Keyword: Avaliation of the quality in services of health, models of administration and indicators.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Unidades hospitalares pesquisadas e seus modelos de gestão, Bahia, 2003.	75
Tabela 1.1	Número e percentagem de hospitais por modelo de gestão, Bahia, 2003.	75
Tabela 2	Porte dos hospitais, Bahia, 2003.	85
Tabela 3	Formação dos gestores em administração hospitalar, Bahia, 2003.	90
Tabela 4	Dimensionamento de enfermeiros, Bahia, 2003.	92
Tabela 5	Dimensionamento de auxiliares e técnicos de enfermagem, Bahia, 2003.	92
Tabela 6	Taxa de hospitais com sistema de referência e contra-referência, Bahia, 2003.	97
Tabela 7	Rendimento de leitos de internação em clínica médica, Bahia, 2003.	99
Tabela 8	Tempo Médio de Permanência em clínica médica, Bahia, 2003.	102
Tabela 9	Taxa de hospitais com e sem protocolos, Bahia, 2003.	104
Tabela 10	Capacitação de funcionários e empregados, Bahia, 2003.	106
Tabela 11	Oferta de leitos de clínica médica, Bahia, 2003.	109
Tabela 12	Oferta de internações em clínica médica, Bahia, 2003.	110
Tabela 12.1	Avaliação da capacidade de oferta de internações em clínica médica, Bahia, 2003.	112
Tabela 13	Tempo médio de espera na emergência para internação, Bahia, 2003.	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CC	Centro Cirúrgico
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastramento Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTPPQ	Comitê Técnico do Projeto Padrão de Qualidade
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FAPEX	Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IST	Índice de Segurança Técnica
MARE	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MAVS	Modelo Assistencial de Vigilância à saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PQT	Programa de Qualidade Total
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
RJU	Regimento Jurídico Único
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIH/ SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIS	Sistema Nacional de Informações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMP	Tempo Médio de Permanência
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	22
1.1	A INFORMAÇÃO SOBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	32
1.2	INDICADOR, PADRÃO E REFERÊNCIA	36
1.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	39
1.3.1	Entendendo a Política Pública Voltada para a Qualidade dos Serviços Públicos de Saúde	39
1.3.2	Qualidade nos Serviços de Saúde: História, Definições e Metodologia Donabediana de Avaliação	42
2	MODELOS DE GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS E EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	52
2.1	MODELO DE GESTÃO BUROCRÁTICO OU TRADICIONAL	58
2.2	MODELO DE GESTÃO TERCEIRIZADO	64
3	METODOLOGIA	73
3.1	O MÉTODO	73
3.2	TIPO DE ESTUDO	73
3.3	AMOSTRA	74
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	76
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	77
3.6	INDICADORES	79
3.6.1	Indicadores Gerais	80
3.6.1.1	Qualidade da estrutura dos hospitais	80
3.6.1.2	Qualidade dos processos dos hospitais	80

3.6.1.3	Qualidade dos resultados dos hospitais	81
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	83
4.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ESTRUTURA DOS HOSPITAIS	91
4.2.1	Dimensionamento do pessoal de enfermagem	91
4.2.2	Taxa de hospitais com sistema de referência e contra-referência	96
4.2.3	Rendimento de leitos de internação em clínica médica	98
4.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PROCESSOS DOS HOSPITAIS	100
4.3.1	Tempo Médio de Permanência em clínica médica	101
4.3.2	Taxa de hospitais com e sem protocolos	103
4.3.3	Capacitação de funcionários e empregados	105
4.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS RESULTADOS DOS HOSPITAIS	108
4.4.1	Oferta de leitos de clínica médica	108
4.4.2	Oferta de internações em clínica médica	110
4.4.3	Tempo médio de espera na emergência para internação	112
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS	129
	APÊNDICES	134

INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objeto a avaliação da qualidade da prestação de serviços de internação hospitalar, ofertados em hospitais públicos baianos. A preocupação com a qualidade da assistência à saúde prestada pelos hospitais é um assunto constantemente estudado e cada vez mais se aperfeiçoam as medidas para a sua avaliação. Desde 1916, nos Estados Unidos, com os resultados do trabalho de Codman apontando falhas que comprometiam o cuidado em hospitais americanos, adotaram-se medidas de avaliação da qualidade (MENDES, 1994). Posteriormente, a partir da década de 60, nesse mesmo país, foram produzidas inúmeras pesquisas sobre o assunto, desenvolvendo a tríade de avaliação baseada em estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980).

No Brasil e nos demais países da América Latina o assunto não é novo. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) vem aperfeiçoando o marco teórico sobre qualidade em serviços de saúde. Isto é essencial na medida em que permite a coerência entre um grande número e diversidade de atividades que constituem o resultado do processo de produção em serviços hospitalares.

Ao longo da década de 1980, a descentralização da atenção à saúde foi considerada a estratégia para aumentar a responsabilidade dos gestores, a participação dos cidadãos e garantir a qualidade da assistência. Em fins dessa década, algumas alternativas de melhorias foram formuladas sobre os incentivos que os gestores locais teriam para implementar objetivos dos serviços de saúde e melhorar o desempenho dos sistemas locais (COSTA; PINTO, 2002).

No contexto da implantação da Reforma Sanitária Brasileira, a questão da qualidade passou a ser discutida, principalmente a partir da Constituição de 1988, na qual está definida no art.196 que “... a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado...” e que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Ao Ministério da Saúde (MS) cabe a responsabilidade pela definição de políticas que permitam, na prática, o cumprimento destas diretrizes.

Segundo Silva (1999), após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, a principal ênfase das políticas públicas de saúde no Brasil tem se relacionado com a municipalização das ações e serviços de saúde, situada como o “caminho” para a reorganização dos serviços de saúde no país. Neste contexto, aparece, pautado na Lei 9.491, de 9 de setembro de 1997, que dispõe sobre a privatização, “...a transferência de ativos ou de ações de empresas estatais para o setor privado” (DI PIETRO, 2002, p.19), isto é, a terceirização nos serviços públicos, incluindo os de saúde.

Assim, a prática dessa modalidade administrativa, até então, conhecida nas organizações privadas, passa a ser possível também, nas organizações públicas. A terceirização significa passar para terceiros a produção de produtos e serviços não essenciais, portanto as atividades meio, para que as organizações possam focar melhor nas suas atividades fim (DI PIETRO, 2002).

No serviço de saúde, especialmente nos hospitais públicos baianos, desde então, podemos observar duas distintas práticas como modalidade de gestão: A gestão burocrática ou tradicional e a gestão terceirizada. A primeira com características rígidas de gestão e relações hierárquicas bem definidas e a segunda com características administrativas mais flexíveis e relações de trabalho precarizadas. Esses modelos são discutidos, mais detalhadamente, no capítulo 2 deste trabalho.

A partir da IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, o processo de municipalização atingiu 91,7% do total de municípios brasileiros, requerendo assim o desenvolvimento de estratégias para avaliação da qualidade do Sistema Único de Saúde e das organizações prestadoras destes serviços (PIERANTONI; VIANNA, 2003).

Neste processo de redefinição da política de saúde para a reorganização dos serviços de saúde brasileiros, foram introduzidas mudanças administrativas mediante a edição de Normas Operacionais Básicas (NOB), (NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01 e 02). A NOB/96 propôs, no âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços de saúde, a implantação das redes assistenciais como forma de garantia da integralidade da assistência, a fim de ajustar o sistema de oferta para ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde (PIERANTONI; VIANNA, 2003).

Com a NOAS/01 definiram-se estratégias de incentivo à ampliação da oferta de ações assistenciais nos estados, no que se refere à média e alta complexidade. Essas medidas permitiram o crescimento da oferta dos serviços hospitalares e abriram, para muitos brasileiros, a perspectiva do aumento de sua sobrevivência ou melhoria acentuada em sua qualidade de vida (BRASIL, 2002).

Neste processo, destacou-se a alocação de recursos extratetos¹ vinculados a esses procedimentos, fato que permitiu maior cobertura assistencial, desconcentração territorial e o atendimento às pressões de demanda de casos de alta gravidade, a exemplo de terapias como diálise, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia.

Destacam-se ainda ações estruturais para a consolidação do SUS, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o uso dos Parâmetros de Cobertura Assistencial, elaborados pela então Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Estas servem para identificar a necessidade de serviços de saúde por especificidade de ações, capazes de garantir o acesso da população, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Na década de 90, paralelo à iniciativa de reforma administrativa no setor público de saúde, intensificou-se a implantação de Programas de Qualidade Total - PQT, no qual se inclui a adequação dos padrões às normas da Série ISO 9000. Assim, algumas organizações hospitalares públicas, privadas e filantrópicas passaram a adotar este modelo de gestão da qualidade e a utilizar indicadores de avaliação da qualidade.

No que se refere à qualidade, em 1994 foi realizado pelo MS um seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade e criado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), além de instituída a Comissão Nacional para a Melhoria da Qualidade, que em 1998 passou a concentrar suas atividades na Acreditação. Vale salientar que desde 1991 foram elaborados, sob orientação da OPAS, padrões para hospitais e o Manual de Acreditação da América Latina e do Caribe (MENDES, 1994).

¹ Recursos extratetos são uma das estratégias orçamentárias formuladas pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) para ampliação da oferta dos serviços de saúde e facilitação do acesso dos usuários do SUS a um conjunto de ações de saúde.

Neste contexto, em 2001, a autora, então enfermeira líder da unidade de centro cirúrgico de um hospital geral, filantrópico, de atendimento exclusivo ao SUS e localizado em Salvador, teve a oportunidade de trabalhar no processo de implantação de um programa de qualidade neste setor, durante dois anos. Assim, surgiu o seu interesse em estudar a avaliação da qualidade nos serviços de saúde.

Baseado nessa experiência pode-se afirmar que o processo pela busca da certificação da qualidade encontrou resistência por parte dos profissionais, que o considerava como mais uma “burocracia”, pois exigia mais tempo para registros adequados e treinamentos, o que, aparentemente, destoava da realidade vigente da unidade, pois até então a principal preocupação era com o número de cirurgias realizadas. Assim, a unidade era movida pelo cumprimento de rotinas inadequadas voltadas para uma dinâmica de atendimento em massa e o Programa de Qualidade era tido como desnecessário ou como mais uma invenção dos gestores.

Porém, superado esse conflito inicial, observou-se mais comprometimento dos profissionais em relação ao seguimento dos protocolos assistenciais e administrativos; o envolvimento dos profissionais com relação as suas atividades e a organização como um todo; melhoria na satisfação dos usuários e redução de custos, especialmente com a implantação de *kits* de cirurgias, reduzindo o desperdício e o uso indiscriminado de materiais e medicamentos; e a redução da ociosidade de salas cirúrgicas o que refletiu, também, na diminuição de custos, especialmente com taxas de energia elétrica e horas extras de profissionais.

Essa experiência demonstrou que a qualidade é fundamental para a melhoria das organizações de saúde, como forma de atender as necessidades dos usuários, elevar a

satisfação dos profissionais, além de possibilitar a sobrevivência da organização no mercado competitivo, mediante eliminação de desperdícios e redução de custos. A implantação do programa de qualidade foi acompanhada da sistematização da avaliação.

Portanto, a avaliação da qualidade fascinou a autora por ser um instrumento administrativo sistemático e poderoso, que se usado adequadamente, é útil para a organização. Vale ressaltar, que a sua característica fundamental está voltada para os seus pontos positivos de rejeição à punição e a utilização dos erros ou desvios para a revisão e melhoria dos processos, de modo a dar sustentabilidade a uma gestão voltada para a qualidade (BORK, 2003).

A partir dessa experiência, surgiu o interesse da autora em estudar a avaliação da qualidade em serviços de saúde e de aprofundar os conhecimentos sobre o assunto. Isso motivou o seu ingresso no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na área de concentração de Administração dos Serviços de Enfermagem, objetivando desenvolver uma pesquisa de avaliação da qualidade da atenção aos usuários do SUS, nos hospitais públicos do Estado da Bahia.

A escolha pelos hospitais públicos como lócus da pesquisa se pautou nos seguintes critérios: a participação da autora no projeto de pesquisa sobre Modelos de Gestão e Modelos Assistências de Hospitais Públicos no Estado da Bahia, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e coordenado pela orientadora desta dissertação. Além disso, destaca-se o desafio de identificar fatores que têm contribuído para a crise do sistema público hospitalar e para o seu descrédito perante os usuários dos serviços públicos de saúde e a necessidade de avaliação da qualidade, em um momento que os serviços

hospitalares mudam sua forma de gestão, sendo os resultados desta relevante para a tomada de decisão e definição de políticas de saúde.

Apesar da relevância da temática, observa-se que a avaliação da qualidade na área hospitalar não tem sido uma prática sistematizada. Assim, questiona-se como os fatores de qualidade, no que se refere à estrutura, processo e resultado, e os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos baianos se interrelacionam e influenciam na qualidade dos serviços de internação em clínica médica?

Para tanto, parte-se das seguintes hipóteses: os fatores de qualidade (estrutura, processo e resultado) estão interrelacionados conforme afirma Donabedian, podendo uma má estrutura levar a processos inadequados e a maus resultados, e também podendo uma boa estrutura e um bom processo não garantir bons resultados. A segunda hipótese é que o modelo de gestão adotado (tradicional/burocrático e terceirizado) pelos hospitais públicos baianos influenciam diferentemente na qualidade dos serviços de internação em clínica médica, no que se refere a estrutura, processo e resultado.

Entre um grande número de unidades ou setores de assistências especializadas que podem compor um hospital, vale esclarecer que a unidade de clínica médica foi selecionada como o traçador desta pesquisa. Isto porque é uma unidade de assistência básica que existe em todos os hospitais, e também por demandar muitos outros serviços, como por exemplo: laboratórios, lavanderia, higienização, nutrição, enfermagem, centro cirúrgico e bio-imagem.

Portanto, esse estudo enfoca a avaliação da qualidade dos serviços de internação hospitalar em clínica médica, tanto pela dimensão do cuidado à saúde, como pelas ações gerenciais que implicam melhorar os serviços prestados. Assim, tem como objetivo geral

avaliar como os fatores de qualidade, no que se refere à estrutura, processo e resultado, e os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos baianos se interrelacionam e influenciam os serviços de internação em clínica médica.

Os objetivos específicos são:

- a) Avaliar fatores da qualidade, no que se refere à estrutura, aos processos e aos resultados dos hospitais públicos baianos, conforme modelo de gestão adotado, tomando como traçador a internação em clínica médica.
- b) Analisar como os fatores da qualidade se interrelacionam e como os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos baianos influenciam na qualidade dos serviços de internação em clínica médica.

Para alcançar os objetivos dessa pesquisa, foram estabelecidos três indicadores gerais e nove indicadores específicos que podem aferir a qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços de internação das unidades de clínica médica dos hospitais públicos baianos, e foram cruzadas estas informações com o modelo de gestão que eles adotam.

Os resultados desse trabalho podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre a avaliação da qualidade dos serviços de internação nos hospitais públicos da Bahia e assim subsidiar a tomada de decisão pelo gestor hospitalar, de modo a adotar práticas que assegurem a qualidade e ampliem a oferta de serviços de internação dessas organizações.

Portanto, esta contribuição pautada na avaliação da qualidade dos serviços hospitalares, visa também, ajudar na implementação do modelo assistencial de vigilância à

saúde, na medida em que os gestores entendam o hospital como parte de uma rede integrada de serviços. Este modelo está fundamentado nos princípios do SUS: nos organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização e comando único) e nos diretivos/doutrinários (universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade e resolubilidade).

A organização hospitalar é, em todo o mundo, considerada complexa pelo seu contexto administrativo, político, econômico e social, e pela especificidade dos seus processos produtivos, diversidade de profissionais e de especialidades técnicas que comporta. Assim, a gestão profissionalizada é um requisito para a melhoria da qualidade destas organizações.

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos. O primeiro trata da avaliação em serviços de saúde e da avaliação da qualidade em serviços de saúde, nos quais discute-se sobre a importância da informação sobre a internação hospitalar; os indicadores, padrões e referências como critérios para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e a necessidade de uma política pública que garanta esta prática. O segundo capítulo discute os modelos de gestão burocráticos e terceirizados adotados pelas organizações públicas, enfocando os hospitais públicos baianos. O terceiro apresenta a metodologia e os indicadores estabelecidos para a pesquisa. No quarto capítulo são apresentados os dados e analisados os resultados encontrados, e por último, são feitas as considerações finais.

1 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Este capítulo objetiva discutir a avaliação em serviços de saúde como instrumento gerencial e de garantia de qualidade. Inicialmente discutem-se as definições de avaliação, as etapas do processo de avaliação e os métodos utilizados. São abordadas a importância da informação e a necessidade da existência de parâmetros para se realizar a avaliação. Posteriormente discute-se sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde, enfocando a importância da existência de uma política pública que contemple a avaliação da qualidade. Aborda-se ainda as definições de qualidade em saúde e suas dimensões.

O significado da palavra avaliar, segundo Ferreira (1999; p. 164) é taxativo: “fazer idéia de, determinar valia ou valor, fazer apreciação e ajuizar”.

A definição de avaliação varia segundo o enfoque dado pelo autor. Assim, na literatura sobre o assunto, encontram-se diversos significados. Algumas concepções enfatizam as dimensões medidas, enquanto outras estão mais voltadas para o aspecto do julgamento, ou juízo de valor, ou ainda, permeiam as duas dimensões.

Em geral, os especialistas em avaliação são estudiosos e conhecedores da teoria e da tecnologia da mensuração. Isto faz com que a avaliação seja uma das áreas do conhecimento mais desafiadoras por requerer precisão, exatidão e base científica. Isto exposto, algumas definições e considerações gerais acerca de avaliação serão discutidas a seguir.

Segundo Bloom *et al* avaliação é:

Um método de adquirir e processar evidências necessárias para melhorar a qualidade; é um auxílio para clarificar os objetivos significativos e as metas, e é um processo para determinar em que medida os sujeitos estão se desenvolvendo nos modos desejados, ou esperados; é um sistema de controle

da qualidade, pelo qual pode ser determinada, etapa por etapa do processo, a efetividade ou não do processo e, em caso negativo, que mudanças devem ser feitas para garantir sua efetividade; é ainda um instrumental da prática para verificar se procedimentos alternativos são ou não igualmente efetivos ao alcance de um conjunto de fins; envolve uma coleta sistemática de dados, por meio dos quais se determinam as mudanças comportamentais que ocorreram, em função dos objetivos da organização e em que medida estas mudanças ocorrem. (BLOOM *et al*, 1971 p. 63).

Dois anos mais tarde, Thorndike e Hagen (1973) afirmam que avaliação significa descrever algo, relativo a qualquer aspecto, em termos de atributos selecionados e julgar o grau de aceitabilidade do que foi descrito. Neste mesmo ano, Bradfield et al (1973) definem avaliação como atribuir um valor a uma dimensão mensurável do comportamento, em relação a um padrão de natureza social ou científica.

Nos anos 90, Hartz (1997) define avaliação como sendo um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre um dos seus componentes, tendo como objetivo subsidiar o processo de tomada de decisões. Dado que o julgamento é consequência da utilização de critérios e normas, assim pode-se chamá-la de avaliação normativa, ou ser feita através de pesquisa a partir de um procedimento científico, ou seja, a pesquisa avaliativa. Nesta definição encontra-se um sentido dado à avaliação, que é propiciar a tomada de decisão.

Seguindo este mesmo pensamento Silva (1999) sustenta que a avaliação corresponde a um julgamento sobre uma dada intervenção, e que a avaliação das práticas corresponde a um julgamento sobre o trabalho de sujeitos concretos, com implicações evidentes de ordem pessoal, institucional e social. Portanto, sua efetividade requer a construção de consenso teórico e político para que possa tornar-se uma ferramenta de gestão impulsionadora de transformações.

Isto posto, é importante esclarecer que para ambas as autoras uma intervenção é o ato de interferência nos meios físicos, humanos e financeiros de uma organização, para produzir bens ou serviços, objetivando a modificação de uma situação problema. Logo, pode

ser uma técnica; um tratamento (um ato ou conjunto de atos); uma prática; uma organização; um programa ou uma política. E é caracterizada por cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto preciso em um dado momento.

No desenvolvimento do pensar sobre a prática de avaliar, aparecem no início do século XXI outras definições de avaliação nas quais são agregados, mais explicitamente, fatores de ordem social e administrativo.

A avaliação é utilizada pelos indivíduos de forma constante e em várias situações da vida diária. O homem, para desenvolver-se em sua forma de sentir, pensar e agir necessita avaliar sua experiência, como meio de identificar quais as suas possibilidades e quais as suas restrições. Através do uso desse processo, ele está se permitindo julgar, apreciar e determinar valores para as suas decisões. O ato de avaliar é inerente a todas as atividades humanas, pois precede às decisões, sejam elas simples ou complexas, em busca de melhores alternativas e resultados (CIANCIARULLO, 2002).

Ainda Cianciarullo (2002) descreve avaliação como:

a) Uma atividade metodológica que consiste na coleta e na combinação de dados relativos ao desempenho, usando-se um conjunto ponderado de escalas de critérios que levem a classificações comparativas ou numéricas. Acredita, assim, que a avaliação é o processo de delinear, obter e fornecer informações úteis para o julgamento de intervenções e para a tomada de decisões alternativas.

b) Interpretação de dados quantitativos e qualitativos para obter um parecer ou julgamento de valor, tendo por base padrões e critérios. É também um processo contínuo e sistemático. Realiza-se em função dos objetivos. E é orientadora, permitindo aos indivíduos conhecer seus erros e acertos e corrigir suas falhas.

c) Um processo que visa à coleta e ao uso de informações que permitem a tomada

de decisão.

Esta descrição, portanto, corresponde à definição de Tanaka e Melo (2001, p. 12) quando afirmam que “Avaliar significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos”.

Considerando as definições apresentadas, a avaliação pode ser caracterizada como um processo social, como um julgamento moral e por seu aspecto técnico. A avaliação como um processo social é um questionamento crítico que visa à compreensão e a análise do contexto sócio-político. Como julgamento moral, o processo de avaliação compõe um sistema de referências que direciona a tomada de decisões, influenciadas por aspectos subjetivos de crenças e valores sociais e morais. Por fim, em seu aspecto técnico, a avaliação envolve as diversas práticas profissionais, ensino e pesquisa.

Assim como a pesquisa, a avaliação é uma atividade que depende de informação. Para que os resultados do processo avaliativo sejam úteis, deve-se garantir, segundo Patton (1986) e Weiss (1988) apud Hartz (1997) que:

a) Todos os gestores estejam envolvidos na resolução dos problemas encontrados e nas estratégias de pesquisa a utilizar.

b) Todos os envolvidos no processo de avaliação sejam informados, principalmente os gestores, periodicamente dos resultados contabilizados pela avaliação. Nunca se deve deixar para informar no final do processo, pois nesta etapa fica difícil tomar medidas corretivas.

c) O avaliador faça o papel de mediador, agente facilitador e de pedagogo na utilização dos resultados.

d) A informação resultante de uma avaliação não deve ser considerada como uma

verdade absoluta, e sim como mais um instrumento de gestão e negociação de interesses.

Cianciarullo (2002), salienta que a avaliação é um processo contínuo, espontâneo, e considerado intuitivo, mas também deve ser planejado e científico para permitir, simultaneamente, a melhoria dos efeitos qualitativos e quantitativos através das modificações introduzidas em decorrência da avaliação.

A avaliação deve servir para re-direcionar a execução de ações, atividades e programas. Dessa forma, os autores conferem à avaliação alguns formatos metodológicos: para Cianciarullo (2002) a avaliação pode ser entendida como um processo, um instrumento ou mesmo como um método.

Já Tanaka e Melo (2001) identificam a avaliação como um instrumento fundamental de gestão que apropria-se de teorias, conceitos e instrumentos de diversas áreas do conhecimento, devendo, por isso, ser compreendida como uma área de aplicação e não como ciência.

Não é pretensão deste trabalho discutir avaliação como modelo e método. Porém, vale ressaltar que independentemente da forma, a avaliação, como todo processo, também se submete a uma metodologia.

Neste sentido, Guba e Lincoln (1990) identificam quatro estágios para desenvolver a avaliação. O primeiro baseia-se na medida, no qual o avaliador é um técnico que tem que ter conhecimento do processo avaliativo e saber usar os instrumentos de avaliação. O segundo trata de identificar e descrever as etapas desse processo, permitindo chegar aos resultados. O terceiro estágio norteia-se no julgamento de uma intervenção. No quarto estágio, a avaliação faz parte de um processo de negociação entre os sujeitos comprometidos na intervenção a ser avaliada.

O segundo estágio, ou seja, as etapas do processo avaliativo são: a) determinar e

estabelecer objetivos; b) especificar para cada objetivo, itens (comportamento padrão) a serem considerados; c) anotar dados, condições e eventos; d) selecionar um instrumento eficiente da avaliação (medida desejada) aplicável ao estudo e a cada item considerado; e) usar um instrumento de avaliação (indicador) para medir resultados e registro de achados; f) interpretar os achados e anotar conclusões e g) usar as informações obtidas na melhoria dos produtos e serviços prestados (CIANCIARULLO, 2002).

Ao avaliar, identifica-se uma situação específica que é o problema e utilizam-se instrumentos e referências apropriadas ao processo para que se possa emitir um juízo de valor. Sendo assim, Tanaka e Melo (2001) sugerem algumas orientações gerais para a implantação e implementação de um processo de avaliação. São eles:

a) Deve-se iniciar a avaliação por um aspecto considerado como relevante e mais consistente. Exemplo disso são as ações e atividades desenvolvidas num determinado serviço de saúde. Essas iniciativas são mais efetivas e eficientes por permitir começar pelo que já está sendo feito.

b) Começar com a avaliação do processo baseada em padrões, já que esse se constitui no núcleo de atividades essenciais.

c) Devem-se associar as ações e/ou atividades às repercussões alcançadas, possibilitando a avaliação da efetividade destas ações e, conseqüentemente, decidir por alternativas que produzam melhores resultados.

d) A avaliação deve ser desenvolvida como uma atividade cotidiana, por isso deve ser delimitada, factível e realizada de acordo com a possibilidade e a capacidade de cada avaliador.

Dessa forma é esperado que a avaliação subsidie com respostas parciais as situações-problema encontradas, sendo realizada com o maior rigor possível, na busca da

melhoria contínua da qualidade.

Este movimento pela prática da avaliação como busca para melhorar a qualidade está presente no setor saúde, no âmbito hospitalar, motivado principalmente pelos seus órgãos financiadores e reguladores. Estes se baseiam na conceituação da Organização Mundial da Saúde, que define avaliação como um processo para determinar qualitativa e quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou acontecimento, que modifiquem o estado de saúde-doença.

É também a cobrança crescente da sociedade civil por resultados visíveis, que atestem o correto uso dos recursos públicos e melhorem a qualidade de vida, que tem ampliado a exigência por avaliação. O limitado sucesso de muitos programas e o desconhecimento dos efeitos e impactos produzidos pelos investimentos nas políticas públicas e nos programas e projetos de desenvolvimento social é o que tem feito com que os governos, organizações não governamentais, fundações públicas ou privadas, principalmente agências internacionais de fomento e os países doadores de recursos financeiros reivindiquem cada vez mais a inclusão de metodologias de monitoração e avaliação de processos, resultados e impacto dos programas implementados (ARKEMAN *et al*, 2002).

Para Arkeman *et al* (2002) o campo da saúde não está imune a essas demandas sociais e não cabe mais avaliar sua prática a partir dos métodos usualmente utilizados, relacionados ao cuidado médico, à prevenção de doenças e à redução de riscos individuais. Há de se desenvolver estratégias avaliativas que ultrapassem essas fronteiras da tradicional prática em saúde centrada no aspecto biológico.

Apesar da necessidade crescente de avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, esta é uma questão complexa, uma vez que o marco conceitual e metodológico da avaliação nesta área deve reconhecer a saúde como qualidade de vida,

dependendo assim não só dos serviços de saúde, mas de aspectos biológicos ou genéticos, sócio-ambientais, comportamentais, econômicos e políticos.

No que tange às políticas públicas, Barreira *et al* (2001) afirmam que as pesquisas de avaliação podem ser motivadas por distintos interesses: redução de custos, uso mais adequado dos recursos ou prestação de contas à sociedade sobre o uso desses recursos. Assim, pode ter objetivos mais imediatos, tais como os de detectar dificuldades e obstáculos e produzir recomendações que possibilitem corrigir os rumos dos programas ou catalisar informações.

Tanaka e Melo (2001) afirmam que as diretrizes que motivam a implementação da avaliação em programas de saúde pública têm se diversificado ao longo dos anos. Inicialmente, estimulou-se o desenvolvimento de avaliações globais, visando apoiar a expansão da rede de serviços no continente latino-americano, dentro da política de saúde vigente, na época denominada de “extensão de cobertura”.

Depois, surgiram avaliações que objetivavam realizar intervenções gerenciais específicas, como por exemplo, a avaliação e o controle de oportunidades perdidas em vacinação e avaliações de eficiência, que comparavam as características existentes nos programas e serviços com padrões de referência estabelecidos.

Isso gerou novas formas de avaliação, sem contudo atingir o propósito de tornar a avaliação parte integrante do gerenciamento e redirecionamento de atividades e procedimentos dos programas e serviços de saúde.

No entanto, assim como nas outras áreas, nos serviços de saúde a avaliação deve subsidiar as ações e as atividades realizadas e facilitar o diagnóstico; fornecer bases para o planejamento estratégico; possibilitar a seleção e identificação das necessidades de pessoal; ajustar políticas e práticas; melhorar as condições de relacionamento dos serviços com o

usuário; identificar situações individualizadas e promover mudanças e melhorias.

Nos serviços de saúde existe o fato do produto final não ser um objeto material que resulta da transformação dos insumos utilizados no processo de atenção. É a recuperação da saúde dos usuários que é o resultado da prestação deste serviço.

Por esta peculiaridade dos serviços de saúde, a literatura sobre o assunto considera que uma avaliação neste setor seja definida tendo como foco principal o resultado ou produto final que se espera alcançar no usuário. E sendo assim, que o contexto político relativo à área de saúde deve ser levado em conta na definição dos parâmetros de comparação a serem utilizados na avaliação dos sistemas, programas e serviços de saúde.

Logo, na gestão dos serviços de saúde a avaliação é um componente indispensável, devendo constar como prática sistemática nos diversos tipos de serviços, proporcionando aos gestores acesso às informações necessárias e precisas para a definição de estratégias de intervenção e monitoramento da qualidade técnico-científica, do acesso, de controle de custos e quanto à satisfação do usuário.

Uma das metodologias de avaliação de serviços de saúde, atualmente usada, é a Acreditação. Trata-se de um processo voluntário da organização, e tem o seu padrão considerado ótimo e acessível, possibilitando um compromisso da organização em melhorar a qualidade do cuidado, garantir um ambiente seguro e contínuo para reduzir os riscos para usuários e profissionais. Assim, esta metodologia de avaliação vem sendo reconhecida mundialmente como ferramenta eficaz de gestão e avaliação da qualidade.

Entende-se que o desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar está vinculado à racionalização dos serviços e custos, e paralelamente a isto à avaliação da qualidade da assistência médico-hospitalar. Esse processo, em geral, consiste na revisão da capacidade instalada dos serviços assistenciais e na avaliação de infra-estrutura, processos e

resultados.

As metodologias de Acreditação Hospitalar em muito se assemelham à metodologia de Donabedian (1980) sobre a avaliação em saúde, quando define que a melhor estratégia para desenvolver uma avaliação, no que se refere à qualidade, requer a seleção de um conjunto de indicadores relativos à estrutura, processo e resultado.

Em síntese, não considerando um programa específico, observa-se que as avaliações dos serviços de saúde, geralmente são respaldadas ou baseadas na tríade: Estrutura, Processo e Resultado conforme preconiza Donabedian (1980). Essa tríade enfoca a dimensão assistencial do cuidado. Porém, tende a propiciar a organização de um conjunto de indicadores que enfoquem, além disso, os aspectos gerenciais e que exigem um sistema de informação que integre aspectos assistenciais e administrativos.

Por fim, conclui-se que a avaliação em serviços de saúde tem uma definição relativa e não possui um modelo único, perfeito, testado e aplicado com total confiabilidade. Por isso, se faz necessários investimentos contínuos, testando e avançando em cada setor da organização à medida que se tenha segurança no processo empregado, construindo gradativamente um modelo e indicadores de avaliação que levem à legitimação do sistema de cuidados em saúde. Além disso, a avaliação deve orientar e facilitar a tomada de decisões por parte dos gestores dos serviços de saúde, através de informações confiáveis, diminuindo o número de erros e aperfeiçoando as experiências adquiridas na sua implementação.

Qualquer que seja o sistema de avaliação utilizado, este demanda a existência de informação. Assim, a seguir será discutida a importância da informação hospitalar para a avaliação de serviços de saúde.

1.1 A INFORMAÇÃO SOBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

O hospital é uma organização complexa, composta de pessoal, material, equipamentos e procedimentos técnicos/administrativos, em condições de receber para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação.

Na visão de Vieira (1978, p. 22) o objetivo básico de um hospital é assegurar ao usuário internado a melhor assistência possível. Para isto, esta organização “deve combinar sensibilidade com eficiência, sem perder de vista o trato com a vida humana”. Por ser o hospital uma organização complexa que vem mudando e desenvolvendo tecnologias para o tratamento de doenças, “deve restringir, parcimoniosamente, os gastos, sem danos para o usuário e, utilizar, com o máximo de economia, este serviço de saúde” (VIEIRA, 1978, p. 23).

Portanto, para o funcionamento, manutenção e atualização tecnológica e dos recursos humanos de um hospital é necessário um investimento financeiro elevado. O hospital é um tipo de organização que se caracteriza como um centro que usa tecnologia de ponta, com elevado custo e voltado para fazer o que é melhor para o tratamento da doença.

Vieira, já em 1978 enfatizava:

(...) os hospitais podem absorver facilmente um percentual excessivo da previsão de recursos destinados a saúde de uma nação, reduzindo as disponibilidades para os serviços preventivos, sendo este último o que poderá resolver o problema da demanda existente, evitando tratamento predominantemente através de internações hospitalares. (VIEIRA, 1978, p. 31).

É necessário, portanto, observar princípios racionais de modelos de organização de hospitais, desde o seu cuidadoso planejamento, inclusive de contabilidade de custo, utilização de material adequado, até um critério compatível com as reais necessidades de um

tratamento do usuário internado, além do desenvolvimento de formas alternativas de assistência, a exemplo da internação domiciliar.

Dada a sua complexidade, um hospital possui dois processos paralelos de produção. De um lado, o processo assistencial que demanda profissionais capacitados no tratamento da doença e no cuidado com a saúde e, do outro, o processo administrativo, que demanda profissionais especializados em gerir recursos financeiros, racionalizar custos, planejar com eficácia, respeitando o caráter ético e social da organização.

No âmbito interno do hospital estes processos estão articulados, sendo o prontuário a principal fonte de informação para integrá-los. No âmbito externo, no Brasil, a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 prevê, em seu artigo 47, a organização pelo Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, de um Sistema Nacional de Informações em Saúde (SIS), integrado em todo o território nacional, abrangendo dados epidemiológicos e de prestação de serviços.

Assim, a informação sobre internação hospitalar é oriunda de dados gerados pelos hospitais e registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde. O sistema de informação é um dos meios articuladores do processo de produção, oriundos do SIH/SUS e gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretária de Atenção à Saúde, em conjunto com as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde, sendo processado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da Secretária Executiva do Ministério da Saúde.

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas, filantrópicas e privadas conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para os gestores estaduais ou municipais. Estas informações são processadas no DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando

uma valiosa base de dados sobre as internações hospitalares realizadas no Brasil. As informações sobre internações hospitalares ficam também disponíveis nos hospitais nos quais são realizados os procedimentos.

A criação de um serviço de informação hospitalar centralizado, que obedeça a uma diretriz do Ministério da Saúde, segundo a qual o gestor público deve adequar os recursos existentes às necessidades de saúde, tem como objetivo geral a administração integralizada do fluxo de internações hospitalares do SUS, para auxiliar na tomada de decisões, conforme a seguinte afirmação:

Denomina-se Sistema de Informações em Saúde (SIS) o conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam com a finalidade de atender às necessidades de informações de instituições, programas, serviços. Podem ser informatizados ou manuais. Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são aqueles desenvolvidos e implantados com o objetivo de facilitar a formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, a fim de contribuir para melhorar a situação de saúde individual e coletiva. São funções dos SIS: planejamento; coordenação; supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações” (PARANÁ, 2005, p. 1).

Ainda, o SIH-SUS contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados sobre as AIH relativas a mais de 1.300.000 internações/mês.

Sendo o DATASUS o sistema que processa as AIH, este dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, a exemplos das principais causas de internações; a relação dos procedimentos mais frequentes em cada hospital, município e estado; a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do usuário no hospital.

A rede hospitalar brasileira caracteriza-se pela existência de estabelecimentos de saúde bastante heterogêneos do ponto de vista técnico e epidemiológico, e alguns, ainda, por

elevada complexidade tecnológica. Além disso, é grande a concentração de recursos em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, existindo defasagem e desequilíbrio em determinadas regiões, principalmente naquelas distantes dos centros urbanos mais desenvolvidos.

O uso regular desses dados sobre internações hospitalares por serviços e instituições acadêmicas da área de saúde, poderá contribuir decisivamente para o progressivo aprimoramento dos sistemas e das bases de dados e, conseqüentemente, para a consistência das análises realizadas (PARANÁ, 2005).

Muitos desses dados, por exemplo, ajudaram a construir este estudo empírico, especialmente no delineamento da amostra e na definição dos traçadores como a oferta de internações em clínica médica e oferta de leitos em clínica médica. Serviram também como consulta para a caracterização dos hospitais e para melhorar o entendimento na análise dos resultados.

Dessa forma, pode-se concluir que o conhecimento atualizado sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados a população decorre da realização de estudos e análises das informações disponíveis, especialmente as referentes ao conjunto de indicadores básicos selecionados para acompanhamento periódico. A precisão desse conhecimento, por sua vez, depende, em grande parte, da qualidade dos dados gerados pelos hospitais e transferidos para o DATASUS, o que pode ser influenciado por fatores políticos, técnicos e operacionais.

Dentre estes fatores destaca-se a carência de indicador, padrão e referência para avaliação em serviços de saúde, assunto tratado na próxima sessão.

1.2 INDICADOR, PADRÃO E REFERÊNCIA

A avaliação em saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde. Esses critérios constituem-se em indicadores de qualidade em serviços de saúde (DONABEDIAN, 1991), os quais são instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população, seja por aplicação de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços, permitindo o acompanhamento das suas flutuações.

Denominam-se indicadores as informações produzidas com periodicidade definida e critérios constantes, que revelam o comportamento de um fenômeno em um dado espaço de tempo. Para isso, faz-se necessário a disponibilidade do dado, bem como a uniformidade, a sinteticidade na coleta, a simplicidade técnica na elaboração e bom poder discriminatório do indicador (PARANÁ, 2005).

São exemplos de indicadores de qualidade em serviços de saúde o número de profissionais de saúde disponíveis para atender a uma população; o percentual de prescrições realizadas em um serviço de saúde e atendidas pela farmácia do próprio serviço; o número de internações realizadas por especialidade; a probabilidade da assertividade/negação do diagnóstico através de exame; a taxa de infecção hospitalar; a taxa de mortalidade e a existência de um sistema de referência e contra-referência de usuários dentro de uma rede de serviços de saúde (NOGUEIRA, 1999).

Para Donabedian (1991) o padrão de qualidade é uma definição importante na avaliação de serviços de saúde. Este se refere a um valor especificado para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um certo indicador e da tecnologia existente para o tratamento de determinada doença.

O mesmo autor afirma também que o estabelecimento de padrões corresponde à definição de graus de aceitabilidade para indicadores de qualidade em saúde, e identificam processos de atenção denominados de boas práticas, sendo estas caracterizadas por:

- (...) a) evidência científica da associação entre condições da estrutura e do processo de atenção e resultados na saúde do indivíduo ou da população;
- b) valores médios ou medianos, de indicadores de interesse em centros de referências internacionais ou nacionais; e
- c) melhores resultados em realidade de perfil semelhante. (DONABEDIAN 1991, p. 3).

Os conceitos de indicador, padrão e referente, segundo Donabedian (1991), são aplicados na avaliação dos três componentes da produção de serviços de saúde: a estrutura, o processo e os resultados, procurando avaliá-los dentro de um único serviço, na busca de indicadores dinâmicos desses padrões que reflitam a qualidade da prestação do serviço.

Os indicadores devem ser usados como padrão para evidenciar a estrutura, processo e resultados obtidos e desejáveis de um sistema de qualidade de serviços de saúde, fornecendo uma base quantitativa para a comunidade médica, organizações prestadoras de serviços, fontes pagadoras e auditores. Os mesmos servem como uma ferramenta de gestão e planejamento estratégico, com o objetivo de assessorar na tomada de decisão, implementação de mudanças, melhoria dos serviços e dos processos de assistência à saúde.

Desta forma, a definição do “referente” em um processo de avaliação em saúde, garante a construção de categorias com base nas quais os serviços de saúde podem ser comparados e analisados. Assim, compreende-se que a definição do referente deve estar presente na concepção de indicadores e padrões, na medição e na análise dos mesmos, considerando-se o perfil de gravidade do usuário assistido e na especialidade médica. O “referente” serve, portanto, de contexto da avaliação e de garantia para que as situações não sejam tratadas como iguais.

Sobre o que avaliar, Donabedian (1991) propõe que sejam observados os setes

pilares: a) eficiência, a relação entre o impacto real e custos de produção; b) eficácia, a capacidade de uma ação produzir o efeito esperado; c) efetividade, a relação entre o impacto real e o impacto potencial ou esperado; d) otimização, a adequação ou eliminação dos obstáculos físicos, administrativos e financeiros para que a utilização do serviço de saúde seja confiável para a população; e) aceitabilidade, a oferta de serviços de saúde que estejam de acordo com a cultura, normas e expectativas sociais do usuário potencial; f) legitimidade, a garantia de número suficiente de serviços de saúde em relação à demanda para que a população possa ter acesso ao serviço de saúde e g) equidade, a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde da população.

Pelo exposto, observa-se que existem várias metodologias de avaliação, porém nos serviços de saúde o modelo hegemônico adotado tem sido o tridimensional proposto por Donabedian, que é a avaliação da qualidade dos serviços baseada na tríade: estrutura, processo e resultado.

O Ministério da Saúde possui um banco de dados estruturado, sobre a rede hospitalar pública e conveniada, com indicadores gerais de avaliação. Contudo carece de indicadores de avaliação, assim como padrões e referência mais específicos que considerem as diferenças regionais e especialmente as dificuldades administrativas locais. Esta é uma lacuna a ser preenchida no contexto da descentralização dos serviços de saúde.

Isto posto, no estudo empírico, para avaliar a qualidade da prestação dos serviços públicos de internação hospitalar na Bahia, serão utilizadas as três dimensões propostas por Donabedian: a estrutura, o processo e o resultado.

Além disso, o traçador utilizado foi a internação em clínica médica, escolhido por esta especialidade estar presente em todas as unidades de serviço hospitalar pesquisadas e por ter o maior número de leitos para internação. Também por ser a clínica médica um setor que

demanda todos os outros serviços do hospital, por exemplo: os serviços de diagnóstico e terapia, o serviço de enfermagem, lavanderia, farmácia e nutrição. Enfim, por englobar o processo de produção assistencial e administrativo.

Durante a revisão de literatura observou-se que em serviços de saúde o aspecto de maior relevância para as organizações e para os usuários é a qualidade dos serviços prestados. A garantia da qualidade é um ponto fundamental para o alcance de toda e qualquer estratégia de melhoria, e esta é aperfeiçoada mediante a avaliação.

Assim, por esta peculiaridade será explorada a relação entre a avaliação e a qualidade nos serviços de saúde na sessão seguinte.

1.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta sessão inicialmente discute-se a importância da existência de uma política pública que contemple a qualidade dos serviços de saúde e posteriormente são apresentadas a história e as definições sobre a avaliação da qualidade.

1.3.1 Entendendo a Política Pública Voltada para a Qualidade dos Serviços Públicos de Saúde

No Brasil, as desigualdades sociais condicionadas pelo modelo econômico e pela ausência de políticas públicas comprometidas com as necessidades da maioria da população, vêm determinando acesso desigual aos bens de consumo, dentre eles os serviços de saúde. Isso se evidencia no fato de que 77% da população brasileira depende do sistema público,

enquanto 23% restantes pagam assistência médica supletiva, com formas diferenciadas de pagamento e acesso (BRASIL, 1990).

Portanto, tratar do financiamento em saúde significa, no mínimo 77% dos casos, tratar do financiamento do SUS. Em termos de população coberta, os atores da chamada saúde suplementar ainda não atingem mais de 23% da população. Logo, a maior parte da população se dirige aos serviços financiados pelo SUS, ou seja, a serviços que oferecem cobertura universal (BRASIL, 1990).

O SUS integra o conjunto de políticas de saúde da União, Estados, Distrito Federal e municípios, garantindo o acesso integral à saúde.

Mesmo com o grande número de pessoas assistidas pelo SUS, Barros (1993, p. 96) afirma que:

O Estado brasileiro tem se pautado por privilegiar os interesses dos setores privados, de parte da burocracia estatal, do setor financeiro e de algumas corporações de profissionais, determinando de forma brutal o sucateamento dos serviços públicos e instalando no seu interior a lógica do empreguismo, clientelismo, indicação de gerentes sem levar em consideração a competência e a capacidade.

No contexto da democratização política, durante a década de 80, os brasileiros vivenciaram uma intensa luta social pelo direito à saúde. Essa luta levou a Constituição Federal de 1988 a reconhecer a saúde como direito universal do cidadão e dever do Estado. Daí a necessidade de ampliação do acesso à atenção à saúde (atenção básica e especializada) da diversificação nos serviços de saúde, através da unificação e descentralização, instituindo-se o SUS.

Portanto, o Sistema Único de Saúde é de caráter público, pautado nos princípios da universalidade e da descentralização das ações sanitárias, assim como no controle social (SANTOS e LACERDA, 1999).

A Constituição brasileira ainda assegura o direito da participação de todos os usuários, prestadores e trabalhadores no controle social dos serviços de saúde através dos Conselhos e Conferências de Saúde. Neste contexto de democratização do controle dos serviços de saúde, a qualidade vem se constituindo em um atributo indispensável para as organizações.

Malik (2001), em pesquisa sobre o tema realizada em hospitais de São Paulo, conclui que a qualidade deveria ser uma reivindicação geral na área de saúde, pois esse é assunto de interesse dos cidadãos, apesar destes ainda raramente reclamarem dos resultados insatisfatórios.

No setor público de saúde, o Ministério da Saúde vem adotando diretrizes para melhorar e incrementar a qualidade da assistência prestada pelo SUS. Pesquisas detectaram que a insatisfação por parte do usuário está nas grandes filas nos hospitais de emergência, no longo tempo de espera para realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de atenderem às suas necessidades. A melhoria de acesso, seja pela redução das filas ou pelo menor tempo para conseguir marcar uma consulta, são desafios a serem enfrentados com políticas que impactem positivamente na organização dos serviços.

Em síntese, no Brasil, na última década do século XX, já existia uma preocupação com a implementação da avaliação da qualidade, principalmente nos serviços públicos de saúde. As propostas de gestão estratégica, através da introdução de melhorias no atendimento ao usuário e a implantação de métodos de controle que facilitem a participação destes e de funcionários, através dos conselhos de saúde, são exemplos dessa iniciativa.

Entretanto, Nogueira (1994) afirma que há uma grande discussão com relação a avaliação da qualidade na área de saúde, devido a sua diversidade de serviços e as suas infinitas especificidades, tais como a dificuldade de padronizar as atividades clínicas, já que

estas dependem das necessidades de cada indivíduo. Por isso, há dificuldade de atribuir parâmetros de qualidade ou estabelecer características e procedimentos padrão para determinado serviço, para que este seja avaliado como um serviço de qualidade.

Portanto, quando se trata de avaliação da qualidade nos serviços de saúde existem muitos desafios. É necessário definir o que se entende por qualidade; estabelecer procedimentos-padrão para o atendimento, sem esquecer o indivíduo; estabelecer parâmetros e indicadores para se medir com segurança a qualidade dos serviços ofertados pela organização e recebidos pelos usuários, e assegurar o cumprimento dos princípios do SUS.

Nos serviços de saúde, ainda existe um caminho a ser percorrido para buscar o significado real da qualidade. Existem várias definições de qualidade, diversas formas de medir objetivamente a qualidade dos serviços recebidos pelos usuários e de diferenciá-la dos diversos serviços oferecidos pelas organizações. A avaliação da qualidade tem sido assunto de interesse de pesquisadores, financiadores dos serviços de saúde, profissionais e usuários.

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde está voltada principalmente para a racionalização de custos a fim de produzir mais, melhor e ampliar o acesso dos usuários. Neste contexto, se insere a avaliação proposta neste estudo.

1.2.2 Qualidade nos Serviços de Saúde: História, Definições e Metodologia Donabediana de Avaliação

Na história dos serviços de saúde a qualidade sempre foi uma preocupação, pois a sociedade depende da qualidade de produtos e serviços. Porém, somente nos anos 90, com o avanço tecnológico, se começou a repensar o modelo de gestão hospitalar. Foram introduzidas

estratégias gerenciais na área de saúde, visando otimizar os serviços ofertados bem como buscando a satisfação do usuário e reduzir custos.

Assim como afirma Azevedo (1996), na cultura das organizações prestadoras de serviços de saúde sempre foram considerados os aspectos que podem ser denominados de “Garantia da Qualidade”. Esta consiste na existência de um grupo de pessoas preocupadas e vigilantes para que os critérios mínimos de qualidade sejam observados nas fases distintas dos processos executados. Isso se evidencia, mais fortemente, na área administrativa dos hospitais modernos, quando em 1990 introduzem programas de qualidade voltados para o atendimento adequado e oferta de um serviço de saúde que atenda às necessidades da população alvo.

No Brasil, essa realidade pode ser observada na prática, e os programas de qualidade já fazem parte da administração em serviços de saúde, principalmente a hospitalar. A possibilidade de implantação, com sucesso, de programas de qualidade nessa área, torna-se viável diante da necessidade dessas organizações de saúde se tornarem referência em prestações de serviços e de competirem com as melhores do mercado pela confiabilidade que os usuários depositam nos seus serviços.

Malik (2001) enfatiza que para garantir a sobrevivência dos hospitais é necessário garantir a clientela. Esta pode ser os usuários diretos, os médicos, os demais profissionais, os planos de saúde ou os agentes financiadores. Uma estratégia para atraí-los é demonstrar que o serviço oferecido apresenta qualidade. Para tanto é preciso avaliá-la.

A produção de serviço de saúde se caracteriza por ser executada por um grupo profissional extremamente heterogêneo no que diz respeito a aspectos educacionais, de qualificação profissional e com interesses distintos, além da influencia da discutida hegemonia médica. Há ainda o desconhecimento dos usuários quanto às suas reais necessidades, o que leva a afirmar que os mesmos não podem ser considerados como meros

consumidores numa relação de compra e venda de serviços, dado que a saúde não é uma mercadoria.

No sistema de saúde o foco principal é o usuário e os seus familiares. Eles precisam ser compreendidos, reconhecidos e atendidos nas suas necessidades. A satisfação deles é o que reflete o padrão de qualidade dos serviços prestados pela organização (MALIK, 2001).

Há também os usuários internos desse sistema, ou seja, os profissionais como: enfermeiras, médicos, administradores, psicólogos, nutricionistas e outros. É importante conseguir atingir a satisfação e motivação de todos esses atores, para que haja comprometimento dos mesmos com o trabalho.

Especialista em avaliação da qualidade na área de saúde, Donabedian (1991) descreve uma forma de avaliação específica para estes serviços, envolvendo aspectos de estrutura, de processo e de resultado. A avaliação da estrutura enfoca os recursos materiais, humanos, financeiros e os aspectos organizacionais. A avaliação de processo se faz sobre o que é feito pelo e para o usuário, incluindo a qualidade do cuidado e a habilidade com a qual é realizado. E a avaliação do resultado traduz o que é alcançado pelo e para o usuário, seja ele um indivíduo, um grupo ou uma população.

Donabedian (1991), afirma que boa estrutura não garante bom processo, mas má estrutura pode levar a processos inadequados, e boa estrutura e bom processo não necessariamente garantem bons resultados.

Entretanto, Donabedian (1991) reconhece que o que constitui o maior benefício da avaliação da qualidade é algo quase impossível de ser mensurado, porque envolve fatores subjetivos como a satisfação de valores e normas sociais, aspirações e expectativas individuais, ficando impossível estabelecer quais as situações que representam ganhos ou

perdas reais para os usuários.

Contudo, Costa e Pinto (2002) relatam que dessa forma Donabedian ofereceu um conjunto de respostas metodológicas ao problema da avaliação da atenção à saúde, quando criou essas categorias básicas: estrutura, processo e resultado que informam, como princípios gerais, as possibilidades de definição e mensuração específicas de variáveis de qualidade.

Donabedian (1991) ainda recomenda que nas avaliações, devido às generalizações de perda e ganhos quanto aos possíveis procedimentos adotados, suas conseqüências e efeitos devem ser mantidos à parte. Quando se trata de avaliação da qualidade do cuidado, a opinião de quem o recebe é primordial, devendo-se procurar controlar as variáveis como: experiências anteriores vividas, estado de saúde e emocional do usuário, o tempo de permanência do usuário na internação e a oferta dos serviços. Além disso, é importante saber quais as barreiras encontradas pelos usuários no acesso aos serviços.

Sendo assim, é este desenho de avaliação de Donabedian que norteia este estudo avaliativo sobre a qualidade, no que se refere à estrutura, ao processo e ao resultado do serviço de internação em clínica médica, no âmbito dos hospitais públicos baianos. Este modelo avaliativo também foi selecionado por apresentar uma proximidade na relação entre avaliação e qualidade, e por ser o mais divulgado e o de maior uso nas organizações de saúde.

A qualidade em serviços de saúde é definida como uma propriedade do cuidado médico existente em graus variados, não sendo uma definição absoluta, mas sim relativa. Donabedian (1980) categoriza a avaliação da qualidade em três dimensões: técnica, de relações interpessoais e amenidades.

A dimensão técnica reúne o cuidado prestado pelos profissionais habilitados. As relações interpessoais incluem a preferência, no que se refere ao conforto, à privacidade, à cortesia e à aceitabilidade do cuidado pelo paciente. O terceiro aspecto é denominado de

amenidades e se refere à estrutura, a exemplo de: sala de espera agradável e sossegada, consultórios confortáveis, lençóis limpos, leitos adequados, telefone, alimentação de qualidade e tudo que estiver no espaço físico terapêutico que possa contribuir para a satisfação do usuário e seus familiares. Estrutura também, o atendimento em três aspectos: o técnico, a relação interpessoal e as amenidades (DONABEDIAN, 1980 apud MENDES, 1994).

No contexto das organizações hospitalares o aspecto técnico pode ser avaliado através de padrões referentes aos processos e resultados estabelecidos, tendo como objetivo o bem-estar do usuário, traduzido em cura, controle da doença ou redução do sofrimento. E as amenidades são avaliadas, geralmente, através da estrutura física e do material ofertado. Na dimensão das relações interpessoais estão os aspectos mais visíveis que podem ser avaliados pelo usuário, como por exemplo, a cortesia e o humor dos profissionais.

Ainda no âmbito da assistência hospitalar, a preocupação com o bem-estar, a identificação e o atendimento das necessidades de cuidados à saúde do ser humano está diretamente relacionada às estratégias e ações de avaliação e controle. Estas representam as ferramentas necessárias para a eficácia do processo de gerenciamento e manutenção da qualidade da prestação do serviço em saúde, representando hoje uma das medidas eficazes na manutenção da qualidade assistencial, enfatizando o controle dos custos.

Dessa forma, interessa a qualquer modelo de gestão a avaliação da qualidade do ponto de vista assistencial. Contudo, observa-se maior ênfase na eficiência das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, mediante o estudo comparativo da relação custo/benefício. O aspecto da eficácia, que significa a obtenção do resultado esperado, é relevante na avaliação da qualidade em serviços de saúde, pois não adianta realizar procedimentos eficientes se não forem eficazes.

Assim, o que se espera da avaliação da qualidade no ambiente hospitalar é que possa avaliar a qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços, na busca do aperfeiçoamento do atendimento médico-hospitalar, para garantir a adequação do serviço ao perfil epidemiológico, observando-se a eficiência, a eficácia e a satisfação dos usuários e familiares.

Na prática, existe um aspecto desmotivador na avaliação da qualidade que deve-se ao fato de que: a avaliação do produto final do trabalho no serviço de saúde se apresenta, na maioria das vezes, de forma indefinida e até negativa, a exemplo das taxas de mortalidade, de morbidade e de infecção hospitalar, sem contextualizar as condições de trabalho nas quais isso acontece.

Além disso, ao se discutir características da avaliação da qualidade em serviços de saúde, busca-se redefinir os indicadores capazes, ao mesmo tempo, de acompanhar o progresso técnico e de apresentar resultados que garantam um efeito menos atemorizante para a sociedade, e conduza os processos de forma mais humanizada.

Para Vale (1993) não deve ser aceitável um percentual de acerto que se aproxime de 100% quando relacionado com vidas humanas, pois a pequena diferença que é a má qualidade pode significar muitas vidas. Destaca ainda a maior diferença entre a qualidade no hospital e na indústria quando diz que, enquanto na indústria é possível recuperar as peças defeituosas, mesmo considerando o alto custo, no hospital essa oportunidade é mais difícil, pois qualquer falha pode resultar em sofrimento, sequelas e até morte.

Também afirma a autora que:

O princípio da qualidade aplica-se em todos os campos da atividade humana. Na área de saúde ele deve ser observado com maior intensidade, tendo em vista os objetivos a que se propõe: a qualidade de vida de um indivíduo e em consequência disso, da sociedade a que ele pertence. Pois o maior patrimônio de uma nação é a saúde de seu povo. (VALE, 1993, p. 54).

Embora os serviços de saúde ainda não entendam bem como utilizar termos como fornecedor, cliente-usuário e produto, se definem como organizações que utilizam “recursos”, que executam “processos” e que objetivam obter “resultados”, necessitando, portanto, de adotar metodologias de avaliação da qualidade. Também definem como objetivos obter padrões de excelência nos procedimentos administrativos e clínicos, e no atendimento aos usuários; otimizar o uso dos recursos (materiais, humanos e financeiros); maximizar os benefícios aos usuários; minimizar os riscos dos usuários; garantir a máxima satisfação de todos os usuários (internos e externos) e reduzir os custos e eliminar os desperdícios, mas não possuem uma prática sistematizada da avaliação da qualidade.

As dificuldades observadas residem desde a definição do que é qualidade em serviços de saúde. Entre os estudiosos não há consenso a respeito, e o fato é que fora às obviedades e chavões, do tipo que afirma que o objetivo é o de oferecer um "serviço de qualidade", fundado na satisfação do usuário, participativos e conscientes, pouco se avançou no alargamento e operacionalização do que vem a ser a qualidade, seja nos serviços de saúde privados ou públicos.

Atualmente, existem esforços e investimentos nos serviços públicos e privados de saúde, em torno da humanização na prestação dos seus serviços. Discussão essa, que apesar de aparentemente desnecessária, pelo fato de se tratar de serviços prestados às pessoas, porém torna-se pertinente quando se dá visibilidade através da mídia, o exemplo da precária e deficiente forma de implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, expressa nas dificuldades de acesso e no longo tempo de espera nas filas para marcar uma consulta.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, segundo argumenta Prado (1998), a avaliação da qualidade é definida como o exame sistemático e independente dos fatos obtidos através de medição, ensaio ou técnicas apropriadas, de uma atividade, elementos ou sistema

para verificar e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições adotadas. Através da análise e verificação operativa, avalia-se a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria, porém de forma isolada e sem que os resultados da avaliação sejam considerados para ações de planejamento e melhorias.

Logo, Prado (1998) conclui que a avaliação da qualidade da assistência prestada e seus resultados, a avaliação da execução das ações de atenção à saúde, programas e gastos, objetivam a verificação do cumprimento das metas, sem necessariamente verificar os efeitos dos serviços sobre a saúde da população.

Por isso é importante manter as discussões sobre a dimensão da avaliação da qualidade, dado que quando se trata do assunto, há muito que se caminhar. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é um assunto que deve fazer parte da política de saúde e ser priorizada pelos gestores.

Para Campos (1992) e Nogueira (1994), inicialmente seis aspectos devem ser considerados quando se discute a dimensão da avaliação da qualidade:

O primeiro constitui o aspecto político, e diz respeito à essência do serviço prestado, à sua razão de ser, ao seu conteúdo e relevância, ao que se denomina qualidade ampla ou intrínseca dos serviços de saúde. No âmbito hospitalar, refere-se ao domínio, por parte dos sujeitos, de processos considerados relevantes.

O segundo aspecto refere-se ao custo para se obter um sistema de saúde voltado para a organização e ao seu preço para o usuário (pacientes, familiares, sociedade). Se a definição de qualidade não se incorporar à noção de custo, pode-se cair na armadilha de identificar qualidade com o que é caro, "luxuoso", ao que é "perfeito", e não ao que é tecnicamente necessário. Nesta perspectiva um sistema de saúde de qualidade não é o que pode ser obtido a qualquer custo e a qualquer preço, e sim aquele ajustado às necessidades dos

usuários, ao menor custo de obtenção para seus provedores e ao menor preço para os financiadores, observando-se a primazia da eficácia.

O terceiro aspecto se refere ao atendimento. Trata-se de levar em conta os aspectos levantados anteriormente sobre o cuidado técnico e as amenidades, ou seja, sobre estrutura, processo e resultado dos serviços prestados.

O quarto aspecto diz respeito ao moral da equipe envolvida no processo de cuidar. Cabe, nesse caso, gerenciar os aspectos referentes à motivação intrínseca (orgulho do trabalho bem feito) e extrínseca (adequadas condições materiais de trabalho) dos profissionais da saúde.

A segurança constitui o quinto aspecto da qualidade. Em um sentido restrito, refere-se à segurança física dos agentes no ambiente hospitalar. Em um sentido amplo, refere-se ao impacto do serviço de saúde, ou da sua provisão, no meio ambiente.

Finalmente, há o sexto aspecto: a ética, que deve ser observada entre os atores do processo e corresponde ao código de conduta responsável pela transparência e lisura das ações.

Portanto, a qualidade em serviços de saúde deve ser vista sob essa perspectiva sêxtupla (qualidade intrínseca, custo, atendimento, moral, segurança e ética).

Ademais, a organização de saúde, gerenciada com base na avaliação da qualidade, apresenta o foco centrado nos seus usuários. Todos os seus objetivos são claros, bem definidos e compartilhados por todos. Os seus processos devem ser documentados e otimizados; todos os funcionários e setores devem conhecer suas atribuições, serem comprometidos com elas e capacitados para executar as suas tarefas; as informações devem circular rápido e corretamente entre todos os setores e funcionários, e para permitir a avaliação constante dos processos e sua melhoria. Além disso, a preocupação com a inovação

e a mudança deve estar sempre presente, sendo alimentada pelo processo de avaliação da qualidade.

Apesar da complexidade do setor saúde, no que se refere a aspectos tecnológicos, humanos e profissionais, a avaliação da qualidade quando aplicada a serviços de saúde pode contribuir para melhorar, estruturar e otimizar os processos, além de fortalecer o planejamento e a organização dos serviços.

Mesmo com as dificuldades citadas e com a complexidade das metodologias sobre avaliação da qualidade, acredita-se neste estudo que um programa de avaliação da qualidade bem implantado, com fluxo de informações, processos definidos, indicadores, padrão e referente são sem dúvida fortes impulsionadores de melhorias dos serviços de saúde.

Neste capítulo, portanto, foi discutida a avaliação em serviços de saúde nos aspectos da sua metodologia, definição e avaliação da qualidade. Para tanto, buscou suporte teórico em referências de estudiosos sobre o assunto, principalmente na obra de Donabedian, cujo modelo é utilizado nesta pesquisa.

O próximo capítulo trata dos modelos de gestão, especificamente os utilizados pelos hospitais públicos baianos, objeto deste estudo.

2 MODELOS DE GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS E EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

As organizações têm um papel essencial no comportamento humano e sua forma de gestão é uma condição do desenvolvimento econômico, político e social de qualquer nação. Por isso a importância de se discutir o modelo de gestão ou a forma de administrar dessas organizações, enfocando os aspectos característicos de cada um. Para este estudo, entretanto, o que interessa são os modelos de gestão predominantemente existentes, no momento da coleta de dados, nos hospitais públicos baianos.

Assim, este capítulo trata do modelo de gestão burocrático e do modelo de gestão terceirizado, que estão sendo adotados pelas organizações públicas prestadoras de serviços de saúde, especialmente as organizações hospitalares. Inicialmente, são descritas algumas definições acerca do assunto. Posteriormente, apresenta-se uma breve retrospectiva sobre a dinâmica da gestão e suas propostas de inovação desde o século passado e por fim, discute-se, especificamente, cada um dos modelos de gestão mencionados: o burocrático e o terceirizado.

Para Motta e Pereira (1986), raramente o homem trabalha, defende seus interesses e mesmo se diverte por conta própria, de forma isolada. Eles afirmam que os homens estão inseridos em organizações que coordenam seu trabalho, seu estudo, seus interesses e suas reivindicações. Essas organizações têm caráter econômico, político, cultural ou religioso, e em diferentes momentos podem se relacionar de forma cooperativa ou conflituosa e manter relações de dependência, de independência ou de interdependência.

Numa definição de modelo, Ferreira (1999, p. 940), define que "... é aquilo que serve de exemplo ou norma; molde; o que se procura imitar as ações no procedimento e nas maneiras. São representações da realidade vista segundo alguns conceitos, valores e teorias.

Para entendê-los e usá-los é necessário conhecer estes conceitos, valores e teorias que lhe dão consistência e homogeneidade”.

Maximiano (1981), à luz da administração, define gestão como a capacidade de elaborar projetos, políticas e normas nas quais estejam definidas as condições técnicas, administrativas e financeiras que representem as condições logísticas para a execução dos objetivos organizacionais, articulando parcerias e criando estratégias, no sentido de assegurar o cumprimento dos objetivos, planos e programas elaborados.

Guglielmi (1994) apud Di Pietro (2002, p. 182) define gestão como:

“[...] o fato de gerir, e gerir é assimilado a administrar. Aquilo que a maior parte dos juristas designa sob o termo da gestão dos serviços públicos não é, de fato, senão o exercício da atividade de serviço público e compreende ao mesmo tempo questões de organização, de funcionamento, e por vezes de direção (gestão estratégica), se bem que, em princípio, em relação a esta última, a gestão se situe em um nível inferior (gestão operacional)”.

No contexto da globalização econômica, a forma de gestão tornou-se o foco das atenções e passou ainda mais a ser desempenhada conforme os interesses do capital. Dessa forma, passou a ganhar mais visibilidade e a desempenhar um papel central no crescimento econômico dos países. O setor público não ficou fora dessa realidade, e as tradicionais autoridades profissionais e políticas dos serviços públicos foram sendo substituídos, e ainda estão sendo, por novos gerentes mais capacitados e pautados em uma lógica eminentemente gerencial (MENDES, 2000).

Para Kooiman e Vliet (1993) apud Mendes (2002), o desenvolvimento dessa lógica gerencial está relacionada com aspectos como a globalização, o desequilíbrio ecológico, o desenvolvimento cultural e o desenvolvimento tecnológico. Esses fatores são expressões da complexidade, da dinâmica e da diversidade da sociedade contemporânea. Isso contribui para que as relações entre sociedade e Estado também mudem.

Mendes (2002) afirma, que apesar da crescente complexidade dessas relações entre sociedade e Estado, e da acelerada introdução de mudanças organizacionais, observa-se que esse assunto é usualmente abordado no sentido das reformas administrativas, e que, no século XX, as inovações gerenciais tornam-se o alvo dessas reformas, sendo aceleradamente, transplantadas do setor privado para o público.

Com relação a essas mudanças, Nogueira (1994) critica e afirma que esse assunto está sendo tratado como algo necessariamente positivo. Para ele, tal conduta pode implicar na desvalorização do passado e em uma adesão inconseqüente ao novo. Assim, o autor conclui que, sem uma explicação do presente e sem um projeto para o futuro é muito difícil mudar.

Para Gaetani (1994) apud Mendes (2002), especialmente no setor público, para essas mudanças terem viabilidade, depende da identificação de ações capazes de integrar segmentos sociais, políticos e instituições em torno dos seus objetivos. Sendo assim, a possibilidade de êxito da introdução de outros modelos gerenciais na administração pública, que não o burocrático, esbarraria em fatores estruturais mais complexos do que os existentes no setor privado.

Porém, o descrédito do serviço público, o desejo dos governos pelo alcance da eficiência dos seus serviços e a cobrança crescente da sociedade por bons serviços, são fatores que estão levando a administração pública a adotar estas mudanças, e outras formas de gestão. Além disso, o Estado, assim como o setor privado, deve considerar o desenvolvimento da tecnologia, em todas as áreas (informação, administrativa, estrutural e operacional), como um aspecto importante para alcançar bons resultados, no sentido de ser eficiente e principalmente eficaz.

Portanto, considerando todos esses aspectos, a reforma administrativa introduzida no Brasil pelo então Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE)

em 1995, pautada na introdução de outras formas de gestão dos serviços públicos, significou mais do que um modismo. Em tese, foram propostas de melhorias da qualidade dos serviços ofertados, com otimização de esforços e recursos. O problema residiu nas disfunções no funcionamento dessas organizações, quando, na realidade, desenvolveram suas atividades voltadas para o interesse individual ou de um pequeno grupo e não visando, sobretudo, as necessidades da coletividade como é dever do Estado, enfraquecendo assim, cada vez mais, o caráter público destes serviços.

Essas discussões também indicam que, embora haja um consenso sobre as dificuldades da forma atual de administração praticada pelas organizações públicas, geralmente através do modelo de gestão burocrático, não há consenso quanto à adoção de outras formas de gestão para a administração pública.

Para Pereira e Santos (2001) é necessário, para se adotar um modelo de gestão, que este esteja em sintonia com as mudanças do momento histórico de cada sociedade e ajude a resolver os problemas da organização que o adota. Devem ser compostos de instrumentos que ajudam na gestão das organizações, no processo decisório e na solução dos problemas organizacionais sem se tornar restritivo, sendo preciso saber usá-los com equilíbrio, maturidade e moderação. Além disso, convém ressaltar a necessidade de adequação às especificidades e à realidade de cada organização.

Em relação ao Brasil, Pereira (2004) afirma que a Constituição de 1988 representou um retrocesso no campo da gestão pública à medida que criou privilégios para a burocracia pública. Como exemplo, cita o benefício da estabilidade profissional a todos os servidores e o estabelecimento do Regime Jurídico Único (RJU) para todas as categorias nas organizações da administração pública ou privada, sem ter o cuidado de distingui-las pela suas funções ou tipo de atividade exercida. Neste mesmo momento, existiu um avanço

administrativo quando foi estabelecido o princípio da descentralização dos serviços para os estados e os municípios.

O mesmo autor ainda ressalta que a grande mudança administrativa e organizacional do estado brasileiro começou com a reforma da gestão pública de 1995-98. E afirma:

A reforma da gestão pública de 1995-98 estabeleceu dois princípios para a organização do Estado brasileiro, e um novo princípio para sua administração. O primeiro princípio organizacional é o de terceirizar, ou “publicizar”, as atividades exclusivas de Estados: terceirizar para empresas privadas os serviços auxiliares do Estado, como obras públicas, limpeza, serviços de alimentação, digitação, etc.; e publicizar os serviços sociais, contratando organizações públicas não-estatais para realizá-las por contratos de gestão. O segundo princípio organizacional é de, no caso das atividades exclusivas de Estado, tornar as agências executivas e reguladoras mais descentralizadas, garantindo para seus gestores maior autonomia e exigindo deles maior responsabilização pública (*accountability*). O novo princípio de gestão é o de substituir parcialmente os controles burocráticos clássicos (supervisão, regulamentação detalhada e auditoria), pelos controles ou sistemas de responsabilizações gerenciais: o controle por resultados, a competição administrada por excelência, e o controle social por organizações da sociedade civil e pela mídia” (PEREIRA, 2004, p. 547).

O que se passou com a Reforma do Estado atingiu os serviços públicos de saúde e a partir de então, com a descentralização, cada estado passou a gerenciar os seus serviços de modo diferenciado. No caso do Estado da Bahia, especificamente nos hospitais, foi adotada a Terceirização.

Di Pietro (2002), enquanto jurista, discorre à luz do direito, consistentemente sobre os princípios da Reforma do Estado. Relata em sua obra que a Constituição Federal Brasileira de 1988 deixou muito claro, no capítulo da ordem social, que determinados serviços não são exclusivos do Poder Público. Aliás, com relação a essas atividades, os serviços públicos sociais, em especial a saúde e a educação, ficaram consagrados pela dupla possibilidade de prestação pelo Poder Público ou prestação pelo particular.

No que diz respeito especificamente ao setor da saúde, objeto de estudo desta pesquisa, a mesma autora afirma que na Constituição de 1988:

“(...) o art. 197 estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser executados “diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” e no art. 199 proclama que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. No primeiro dispositivo, cuida-se da saúde como serviço público (integrado em um sistema único) a cargo do Estado e contempla-se a possibilidade de que esse serviço seja prestado diretamente (pelo próprio Poder Público) ou através de terceiros, podendo esses terceiros ser pessoas físicas ou jurídicas de direito privado (o que implica a possibilidade de parceria com a iniciativa privada ou a delegação da execução a terceiros). No segundo dispositivo, cuida-se da saúde como atividade privada exercida pelo particular, por sua própria iniciativa; no § 1 do art. 199 volta-se à idéia de parceria entre o público e o privado, ao prever-se que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (DI PIETRO, 2002, p. 36).

Assim, Di Pietro (2002) conclui, atentando para o fato de que a terceirização, até então, bastante utilizada no âmbito da iniciativa privada, passa a fazer parte dos intuitos pelos quais a administração pública moderna busca a parceria com o setor privado para realização das suas atividades. Logo, define terceirização como: “... a contratação, por determinada empresa, de serviços de terceiro para o desempenho de atividades-meio” (p. 174). Além disso afirma que as principais vantagens da terceirização são: a especialização da empresa contratada, o fato desta concentrar-se na execução das suas atividades-fim e a diminuição dos encargos trabalhistas e previdenciários, com a conseqüente redução do preço do produto ou serviço.

Trazendo a discussão para o setor de saúde, pode-se observar a existência da terceirização não apenas dos serviços intermediários, como lavanderia, higienização e nutrição, e também, a terceirização da mão de obra técnica e administrativa, incluindo a alta direção, denominada de gestão terceirizada.

Isto posto, se entende o quão complexo se faz a gestão em saúde, dado que os

serviços de saúde agregam aspectos peculiares em função da especificidade da área. As noções básicas de administração ou gestão se somam com as de modelo de gestão, gerência (ato de administrar ou gerir), organização, tecnologia, modelo assistencial, avaliação em saúde, epidemiologia, vigilância em saúde, processos de trabalho em saúde e representação profissional e populacional. Principalmente por ser a saúde um serviço básico elementar, pautado em lei que o determina como dever público e direito de todos os cidadãos, é que, a terceirização da gestão pode destoar dos princípios constitucionais estabelecidos para o SUS.

Por fim, complementado o aspecto relativo a especificidade da área de saúde, os hospitais, organizações prestadoras de tais serviços e lócus do estudo empírico, são organizações também complexas, nas quais os processos produtivos são mescladas com ciência, tecnologia e procedimentos em seres humanos, com a influência de componentes sociais, culturais e educacionais que interferem no resultado do processo. Neste contexto, para viabilizar a harmonia entre esses fatores, existem diversas formas de gestão, destacando-se neste trabalho a burocrática e a terceirizada, por serem essas as principais, praticadas nos hospitais públicos baianos durante esta pesquisa. E é um pouco das suas características que vão ser discutidas nos subitens seguintes.

2.1 MODELO DE GESTÃO BUROCRÁTICO OU TRADICIONAL

A burocracia é uma forma de organização caracterizada por dominação, e dominação é poder. Assim a burocracia confere àqueles que a controlam uma imensa parcela de poder, e esse grupo que a controla se conhece como burocratas. Historicamente, em todo o mundo, os burocratas constituem um grupo social tradicionalmente poderoso, que marcou a história pelo longo tempo em que determinou relações rígidas de trabalho humano. Eles eram

cidadãos da alta classe econômica-social, muitos descendentes dos senhores feudais e outros membros do alto clero da Igreja Católica (MOTTA E PEREIRA, 1986).

Assim, a administração burocrática clássica, baseada no princípio do mérito profissional e desenvolvida por Max Weber, surgiu com o objetivo de substituir a administração paternalista e patrimonialista existente e imperativa até o século XIX. No Brasil, a burocracia foi implantada na reforma administrativa de 1936. (PEREIRA, 1996).

A burocracia na administração surgiu com os escritos e teorias do sociólogo alemão Max Weber, que define a burocracia como modelo de organização que se fundamenta na autoridade, na formalidade, na impessoalidade e no profissionalismo. Logo, considera a burocracia como uma forma de poder ou de dominação. Ainda afirma, que tais aspectos compõem a racionalidade característica desse modelo (MOTTA e PEREIRA, 1986).

Isso é mais claramente definido por Weber (1919) apud Freund (1987), quando afirma que a burocracia é uma expressão da racionalidade do capitalismo moderno, que impõe regras gerais de controle sobre o funcionamento das organizações da sociedade, sejam elas empresas privadas ou órgãos do Estado. Para Weber, a burocracia é uma maneira de fazer justiça através de sua própria impessoalidade, ao criar igualdade de oportunidades, dando a todas as pessoas de mérito uma chance de exercer um posto de trabalho ou cargo.

A burocracia, portanto, é o exemplo mais típico do domínio legal e ela repousa nos seguintes princípios:

[...] 1.º, a existência de serviços definidos e, portanto, de competências rigorosamente determinadas pelas leis ou regulamentos, de sorte que as funções são nitidamente divididas e distribuídas, bem como os poderes de decisão necessários à execução das tarefas correspondentes; 2.º, a proteção dos funcionários no exercício de suas funções, em virtude de um estatuto [...] em geral as pessoas se tornam funcionárias para a vida toda, de maneira que o serviço do Estado vem a ser uma profissão principal, e não uma ocupação secundária ao lado de um outro ofício; 3.º, a hierarquia das funções [...] estrutura é monocrática e não colegiada e manifesta uma tendência no sentido da maior centralização; 4.º, o recrutamento se faz por concursos,

exames de títulos, o que exige [...] formação especializada. Em geral o funcionário é nomeado [...] 6.º, o direito que tem a autoridade de controlar o trabalho de seus subordinados, eventualmente pela [...] comissão de disciplina; 7.º, a possibilidade de promoção dos funcionários com base em critérios objetivos e não segundo o livre arbítrio da autoridade; 8.º, a separação completa entre a função e o homem que a ocupa, pois nenhum funcionário poderia ser dono de seu cargo ou dos meios da administração (WEBER APUD CHIAVENATO, 2000, p. 68).

Freund (1987) sintetiza e descreve que, o modelo convencional ou burocrático de organização apresenta características como: serviços definidos e, portanto, com competências rigorosamente determinadas por leis; regulamentos; divisão das tarefas; funcionários regidos por estatutos; estabilidade de emprego; hierarquização das funções; recrutamento por concurso; salários fixos; controle vertical sobre o trabalho; promoção baseada em critérios objetivos e a separação entre a função e o seu proprietário.

Tais aspectos são caracterizados como do tipo ideal. Na prática das organizações, estes aspectos se revelam de forma parcial.

Na sua defesa da burocracia, Weber (1919) apud Freund (1987) argumenta o seguinte:

[...] a administração burocrática é por toda parte – *ceteris paribus* – a mais racional do ponto de vista técnico-racional [...] é em nossos dias simplesmente indispensável para a administração de massa. Não resta outra escolha, a não ser entre a ‘burocratização’ e o ‘diletantismo’ da administração. O instrumento capital da superioridade da administração burocrática é a especialização, e a impossibilidade absoluta de dispensá-la é condicionada pela técnica e a economia moderna da produção dos bens (WEBER, 1919 APUD FREUND, 1987, p. 173).

É certo que Weber, quando escreveu sobre a burocracia estava no início do século XX, contudo, hoje, no século XXI, na denominada sociedade da informação, observa-se que a burocracia está viva, tanto no setor público quanto no setor privado.

Confirmando o pensamento de Weber, Morgan assinala que:

[...] o sociólogo Max Weber (1864-1920) discute os paralelos entre mecanização e organização. Ao se tentar compreender o seu trabalho, é importante perceber que Weber não estava interessado em estudar as

organizações formais enquanto fins em si mesmas. Ao contrário, estava preocupado em compreender o processo de organização, processo este que assume diferentes formas em diferentes contextos e em diferentes épocas, fazendo parte de um contexto social mais amplo. Assim, a forma burocrática de organização foi vista como uma manifestação de um processo mais geral de racionalização dentro da sociedade como um todo, enfatizando a importância das relações meios-fins (MORGAN, 1996, p. 354-355).

Em contraponto, Case (1996) acredita que Weber concebeu a burocracia como um sistema administrativo, que preconiza a hierarquia, a disciplina rigorosa e a veneração à autoridade, defendendo o cumprimento de objetivos organizacionais e subjugando os funcionários a uma categoria inferior e de desqualificação. Com isto, fica fragmentado tanto o trabalho braçal como o intelectual, impedindo a subversão da ordem em um momento de amplas mudanças, que exigiam das organizações tomada de decisão rápida e gerenciamento transparente.

No Brasil, o modelo de administração burocrática emerge a partir dos anos 30, surgindo no contexto da aceleração da industrialização brasileira, em que o Estado assume papel decisivo, intervindo pesadamente no setor produtivo de bens e serviços. A partir da reforma empreendida no governo Vargas, a administração pública sofre um processo de racionalização que se traduziu no surgimento das primeiras carreiras burocráticas e na tentativa de adoção do concurso como forma de acesso ao serviço público. Nesse momento também fica claro que a implantação da administração pública burocrática é uma consequência da emergência de um capitalismo moderno no país (BRASIL, 1995).

A partir da sua implantação, o modelo burocrático de gestão sofreu várias tentativas de reforma visando adequá-lo às reais necessidades, objetivos e interesses das organizações. Foram criados e extintos departamentos, órgãos e comissões no intuito de promover tais mudanças. Porém, Brasil (1995), relata que foi em 1967, através do Decreto-Lei 200, que se deu o marco ou o primeiro momento de uma reforma administrativa brasileira, voltada para o aspecto gerencial. O principal fato se deve a transferência de atividades para

autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, a fim de obter maior dinamismo operacional por meio da descentralização funcional. Instituíram-se como princípios de racionalidade administrativa o planejamento e o orçamento, desconcentração/descentralização do poder, a tentativa de reunir competência e informação no processo decisório, a sistematização, a coordenação e o controle.

Dessa forma, conclui que o paradigma gerencial da época, compatível com o monopólio estatal na área produtiva de bens e serviços, orientou a expansão da administração indireta, numa tentativa de flexibilizar a administração pública com o objetivo de atribuir maior operacionalidade às atividades econômicas do Estado (BRASIL, 1995).

Porém, as reformas operadas pelo Decreto-Lei 200/67 não desencadearam mudanças no âmbito da administração burocrática central, permitindo a coexistência de formas de eficiência e competência na administração indireta e formas arcaicas e ineficientes no plano da administração direta ou central. Isso foi causando o enfraquecimento da burocracia (BRASIL, 1995).

Assim, nos anos 80 a administração burocrática demonstrava sinais de desgaste, não garantia nem rapidez, nem boa qualidade e nem custo baixo para os serviços prestados ao público. Ela era tida como lenta, cara, auto-referida e pouco ou nada orientada para o atendimento da demanda dos cidadãos. O problema da eficiência tornou-se essencial, gerando uma revolução na administração pública nos países centrais em direção a uma administração gerencial com os seguintes aspectos: descentralização política, descentralização administrativa, organizações com poucos níveis hierárquicos, confiança limitada e não desconfiança total, controle por resultados e administração voltada para o atendimento dos cidadãos (PEREIRA, 1996).

Entretanto, de modo geral, o pensamento burocrático na administração pública

evoluiu no sentido de criar, criticar e aprimorar modelos e princípios de mudanças organizacional planejada, que privilegia como ponto central à tensão entre política e administração (DENHARD apud MARTINS, 1997). Logo, a boa administração pública é uma possibilidade de implementação organizacional do conjunto das relações político-administrativa do Estado, implicando na adequação de tecnologia gerencial às finalidades de valores e regras operacionais básicas de cada estado.

Fato é que o momento econômico atual se caracteriza pela competição global entre as organizações pelo seu reconhecimento no mercado, pela integração da comunicação e pela economia centrada na tecnologia, baseado na adoção de técnicas empresariais de administração, gestão voltada para a avaliação da qualidade e redimensionamento de recursos. Assim, a gestão de organizações públicas deve está centrada na produção de bens e serviços públicos de alta qualidade, orientados para os usuários, cujo alcance é inspirado por critérios de eficiência. Neste cenário, o setor público está sendo demandado a transformar-se em empreendedor e competitivo entre si e com o setor privado.

A dinâmica das relações econômicas globalizadas e o avanço tecnológico exigem das organizações uma maior flexibilidade e inovação, privilegiando aspectos como: simplicidade, agilidade, flexibilidade, trabalho em equipe e comprometimento, voltando o seu enfoque para o usuário interno e externo, orientação para metas e resultados, busca de melhorias contínuas e da excelência. Neste contexto, a globalização e a forte tendência à integração ameaçam de deixar fora quem for menos eficiente. A concorrência passa a ser a principal força da globalização para os melhores, e a principal ameaça para os setores menos organizados da economia.

Esse aspecto, relativo à necessidade de competitividade das organizações públicas, é criticado por Di Pietro (2002) quando afirma que ao Poder Público não cabe

competitividade no mercado, desde quando se trata de serviços básicos, necessários e do dever do Estado, previsto por lei. Quando se trata de serviços saúde, convém lembrar que a sua inserção na Constituição Federal de 1988 adveio de uma luta do movimento sanitário por igualdade de acesso, participação e controle social. Deste modo, a saúde não pode ser considerada uma mercadoria a ser negociada, mas um serviço social ao qual todos têm direito.

Ainda no que se refere ao setor de saúde, Freidson (1994) entende que dos diferentes modos de organizar e regular os mercados de serviços e de trabalho, e as profissões do setor saúde, o modelo tradicional ou burocrático é apropriado, por ser aquele no qual os trabalhadores são hierarquicamente controlados e gerenciados pelos empregadores e seus gerentes ou pela burocracia pública e seus gestores. Não se pode negar as disfunções da burocracia, contudo a gerência profissionalizada pode contribuir para o melhor funcionamento destes serviços.

Foi a mudança desenvolvida a partir da Reforma do Estado de 1995, que visava a implantação da administração gerencial na perspectiva de mudança organizacional e cultural da administração pública no país, que fez com que as organizações, inclusive os hospitais, redirecionassem a sua forma de produção buscando reduzir custos; melhorar a qualidade e a produtividade; aumentar a receita e focar no atendimento às necessidades dos usuários. Para tanto, algumas organizações públicas prestadoras de serviço de saúde introduziram como modelo de gestão em saúde a terceirização da gestão, argumentando que esta forma tem características mais flexíveis de gestão como descritas a seguir.

2.2 MODELO DE GESTÃO TERCEIRIZADO

A terceirização não é uma forma de gestão nova. Porém, no contexto da gestão

contemporânea, as transformações que se estabeleceram a partir da nova ordem econômica mundial capitalista impuseram novo ritmo às organizações, de modo que a sua sobrevivência passou a depender, cada vez mais, da autonomia da gestão. A necessidade de modernização da gestão pública emergiu nesse contexto, caracterizado pela crise do modelo burocrático. Logo, surgiu pela necessidade de novas formas de gestão, das quais, no setor de saúde do estado da Bahia, se destaca a terceirização.

O Plano Diretor de Reforma do Estado estabelecido em 1995, no Brasil, no Governo Fernando Henrique Cardoso, pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Bresser Pereira, de caráter estritamente administrativo, foi direcionado à reforma do aparelho do Estado. Seu argumento gira em torno da necessidade de flexibilização administrativa das organizações públicas, a fim de conferir-lhes qualidade, produtividade e eficiência, ou seja, dar-lhes uma feição mais gerencial.

Fala-se em flexibilização, quando se quer descentralizar, diversificar o regime jurídico dos servidores e simplificar os procedimentos licitatórios e os procedimentos de controle (Di Pietro, 2002). Em relação a qualidade, a produtividade e a eficiência, no contexto de mudança, a autora destaca a preocupação em abandonar a idéia de grandes empresas, fechadas (paternalistas), auto-suficientes e verticalizadas, pela união das organizações pela busca de objetivos comuns.

Antes de discutir sobre terceirização, suas definições e suas características, é importante esclarecer sobre suas bases jurídicas. Para tanto buscou-se definir privatização.

Rojas (1993) *apud* Di Pietro (2002) afirma que o termo privatização foi empregado para abarcar uma infinidade de iniciativas governamentais dirigidas, em princípio, a incrementar o papel do setor privado e, paralelamente, a reduzir o intervencionismo estatal na economia, sendo um conceito que engloba vários meios destinados a mudar a relação entre

o Governo e o setor privado. Assim, define privatização como “... a redução da atividade pública na produção e distribuição de bens e serviços, mediante a passagem (por vezes, a devolução) dessa função para a iniciativa privada” (p.18).

Para Rodrigues-Arana (1991) *apud* Di Pietro (2002), privatização pode ser definida como:

“(...) um conjunto de decisões que compreendem, em sentido estrito, quatro tipos de atividades. Primeiro, a desregulação ou liberação de determinados setores econômicos. Segundo, a transferência de propriedade de ativos, seja através de ações, bens, etc. Terceiro, promoção da prestação e gestão privada de serviços públicos. E, quarto, a introdução de mecanismos e procedimentos de gestão privada no marco das empresas e demais entidades públicas” (RODRIGUES-ARANA, 1991 APUD DI PIETRO, 2002, p. 18).

De acordo com essas definições, Di Pietro afirma que a privatização abrange todas as medidas adotadas com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado, e que compreendem as seguintes características:

“[...] a) a desregulação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico); b) a desmonopolização de atividades econômicas; c) a venda de ações de empresas estatais ao setor privado (desnacionalização ou desestatização); d) a concessão de serviços públicos (com devolução da qualidade de concessionário à empresa privada e não mais a empresas estatais, como vinha ocorrendo e e) os *contracting out* (como ferramenta pela qual a Administração Pública celebra acordos de variados tipos para buscar a colaboração do setor privado, podendo-se mencionar, como exemplos, os convênios e os contratos de obras e prestação de serviços); é nesta última fórmula que entra o instituto da terceirização.” (DI PIETRO, 2002, p. 17-18).

Rojas ainda inclui nessas características:

“[...] a) a desnacionalização, entendida como a venda de bens e empresas públicas; b) a contratação de serviços e atividades antes geridos diretamente; c) a desregulação, que supõe a redução do intervencionismo nas atividades econômicas privadas, em especial, a ruptura e desaparecimento dos monopólios e d) a substituição dos impostos por preços e tarifas a cargo dos consumidores e usuários, como modo de financiamento dos serviços públicos.” (ROJAS, 1993 APUD DI PIETRO, 2002, p. 18-19).

Assim, a terceirização é concebida no âmbito da administração pública. Na prática, a terceirização é uma forma de implantar contratos de gestão nas empresas públicas

que não podem ser privatizadas, aquelas protegidas na Constituição de 1988 por serem seus produtos ou serviços considerados essenciais para o homem, são elas: saúde, educação, habitação e trabalho.

Cherchiglia (1999), afirma que a terceirização é um termo que, em inglês, significa *outsourcing*, sendo definido como:

“(...) um neologismo cunhado a partir da palavra ‘terceiro’, entendido como intermediário, interveniente, que na linguagem empresarial, caracteriza-se como uma técnica de administração através da qual se interpõe um terceiro, geralmente uma empresa, na relação típica de trabalho. Sendo assim a terceirização é inseparável da idéia de parceria, tendo como principal finalidade otimizar a produção, a qualidade, o lucro e a competitividade, mediante um processo de horizontalidade, simplificando-se a estrutura organizacional a fim de que as empresas possam concentrar seus esforços na melhor metodologia para a obtenção do produto de sua atividade fim. Permite também redução do preço do produto ou serviço devido à diminuição dos encargos trabalhistas e previdenciários” (CHERCHIGLIA 1999; p. 30).

Pelo exposto, o termo terceirização deriva de uma linguagem empresarial, considerada como estratégia administrativa, na qual há interposição de terceiros na relação de trabalho. Tem como características a seleção de profissionais a partir da potencialidade e da educação generalizada; promoção de empregados pelo conhecimento e avaliação de desempenho; hierarquia difusa; personalização do atendimento ao usuário e maior autonomia financeira e administrativa, dada pelo contrato de gestão no qual são estas medidas, as metas a serem atingidas, sem que a administração pública realize o controle *ex ante* e sim o *ex post*.

Em linha similar, Girard; Carvalho e Girard Júnior definem terceirização como:

[...] intermediação de agentes terceiros organizacionalmente constituídos para o suprimento de força de trabalho e serviços. De uma maneira genérica, a terceirização pode ser definida como a contratação de agentes terceiros em lugar da contratação direta de empregados assalariados ou, de forma alternativa, da contratação ou ‘credenciamento’ de autônomos, para provisão de serviços profissionais ou de qualquer outro tipo, dentro de uma organização.[...] em toda a terceirização o que se estabelece é uma relação contratual entre um principal (contratante) e seu agente (o contratado) na qual o segundo age em nome e por determinação do primeiro.[...] uma das conseqüências da terceirização para a gerência é que a existência de conflitos de interesses entre as partes contratantes tornaria necessário o

estabelecimento de todo um conjunto de normas para definir as regras contratuais bem como para efetivar seu cumprimento e repactuar, sempre que necessário, os termos do contrato/relação (GIRARD; CARVALHO; GIRARD JÚNIOR, 2003, p. 1)

De acordo com essas definições, pode-se concluir que no sistema de gestão terceirizada, as Secretarias de Saúde, visando, em tese, alcançar maior qualidade, produtividade e redução de custos e competitividade, reduzem o controle sobre sua atividade principal ou fim, que antes era internalizada, transferindo-a a uma outra organização, parcial ou integralmente, passando a ser externalizada, objetivando assim, concentrar esforços na melhoria da metodologia de trabalho para otimização do produto de sua atividade fim, com eficiência.

Porém, percebe-se também, que a terceirização implica alterar as relações de trabalho. Enquanto na gestão tradicional ou burocrática há estabilidade e segurança para os trabalhadores baseada em leis trabalhistas e, portanto, tem um alto custo com esses encargos, na gestão terceirizada esses custos são bastante reduzidos a favor da precarização dessas relações entre empregadores e empregados, tornando-os, teoricamente, parceiros e autônomos.

Segundo Chiavenato (2000) são três as razões para se optar pela terceirização. Primeiramente, o custo. As economias de escala permitem que as organizações sejam capazes de fornecer determinadas atividades com custo unitário mais baixo. Em segundo lugar, o argumento da qualidade. As organizações fornecedoras de atividades especializadas podem fazê-lo de maneira melhor. Uma empresa que pretende fazer todas as coisas diferentes ao mesmo tempo, jamais o fará com a devida qualidade. E em terceiro lugar, está o argumento do *core business*, que representa suas atividades essenciais, ligadas diretamente à sua missão e objetivos.

Algumas empresas preferem se concentrar no seu *core business*, terceirizando

atividades não essenciais que outras empresas poderiam fazer melhor, com um custo mais baixo, diminuindo assim o seu foco, concentrando-se exclusivamente nas suas atividades essenciais e buscando melhor qualidade.

Assim, ante a crise do Estado, proliferou modalidades alternativas de gestão, que, segundo o Ministério da Saúde são reconhecidas pela maior parte dos profissionais de saúde do setor hospitalar como “... inovações gerenciais, terceirização, cooperativas, fundações de apoio, organizações sociais, contratos de gestão, dentre outros ...”. (BRASIL, 2002, p. 86).

À luz do direito brasileiro, Di Pietro (2002) relata que o serviço de saúde, quando prestado pelo Poder Público, integra uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único. Esse Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o art. 198 da Constituição, tem as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

A partir desta observação relativa a descentralização administrativa, Di Pietro (2002) afirma que a forma mais cabível para o cumprimento ao dispositivo constitucional é a descentralização dos serviços de saúde para pessoas jurídicas sem fins lucrativos como autarquias, fundações e organizações públicas não estatais, já que se trata de um serviço necessariamente público. Também, por esse motivo, a concessão ou permissão é inadequada para esse tipo de atividade, uma vez que em ambas as modalidades, a remuneração é paga diretamente pelos usuários e não pelo Poder Público. Entretanto, a Constituição faz referência à possibilidade dos serviços públicos de saúde serem prestados por terceiros quando fala em contrato de direito público e em convênio.

Para tanto, a mesma autora afirma que:

Com relação aos contratos, uma vez que forçosamente deve ser afastada a

concessão de serviço público, por ser inadequada para esse tipo de atividade, tem-se que entender que a Constituição está permitindo a terceirização, ou seja, os contratos de prestação de serviços tendo por objeto a execução de determinadas atividades complementares aos serviços do SUS, mediante remuneração pelos cofres públicos. Trata-se dos contratos de serviços regulamentados pela Lei nº 8.883, de 8-6-94, pelo art. 6º, inciso II, dessa lei, considera-se serviço “toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnicos-profissionais (DI PIETRO, 2002, P. 186).

Neste sentido, a terceirização de serviços de saúde, por tratar-se de trabalho técnico-profissional, estaria protegida por esta legislação.

A terceirização das atividades meio é uma prática tradicional nos serviços de saúde, especialmente no âmbito hospitalar, em serviços como lavanderia, higienização, nutrição, enfermagem e médicos. Porém, o que de novo vem ocorrendo é a terceirização da gestão, na qual contratos são firmados com empresas para gerirem um hospital, apesar de não ser essa prática expressamente fundamentada no direito brasileiro, aproveitando-se, portanto, das bases jurídicas da privatização para se estabelecer.

No serviço público de saúde existe polêmica com relação ao tema, principalmente no que se refere à garantia dos princípios do SUS: integridade, equidade e universalidade, e a definição da Constituição de 1988 art. 196: “... a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos ...” (BRASIL, 1988).

No âmbito hospitalar, algumas características sintetizam a modalidade de terceirização de gestão: a) estrutura organizacional horizontal com controle coletivo e descentralizado; b) maior agilidade e flexibilidade pautada no processo decisório simples; c) objetivos compartilhados; d) orientação para o mercado e satisfação dos usuários; e) focalização nos aspectos essenciais do negócio; f) divisão do trabalho baseada na competência; g) distribuição das atividades baseada no conhecimento; h) maior liberdade para

contratação de pessoal e fixação de níveis de remuneração; i) ênfase no desempenho e j) compromisso com a qualidade.

Na prática tem-se citado a terceirização de serviços como uma alternativa de saída do sistema burocrático da administração pública para a flexibilização da gestão do trabalho, não visando somente a redução de custos trabalhistas, mas também buscando o aumento da eficiência, da qualidade e da produtividade do serviço prestado e em tese, a satisfação dos usuários, seus familiares e da comunidade.

Entretanto, a burocracia é um sistema de organização social, ainda dominante, especialmente nas organizações públicas. Porém, está presente também nas organizações privadas. Suas características rígidas, muitas vezes encontram-se camufladas por modalidades de regimentos jurídicos de funcionamento mais simplificados, e por discursos impactantes que consideram a burocracia como meio de aumentar os trâmites administrativos, portanto, dificultar o acesso aos serviços. A terceirização baseia-se no princípio da flexibilização, principalmente no que se refere as relações trabalhistas entre empregado e empregador, o que na prática significa precarização do trabalho. No entanto, essas organizações mantêm características da burocracia, especialmente no que se refere a dominação e a busca incessante do lucro e do poder pelos que as controlam.

Embora haja um consenso entre os autores sobre as disfunções da burocracia nos serviços públicos, este não existe quanto a melhor forma de administração ou gestão para esses serviços. No entanto, são escassos os estudos que avaliem esses efeitos da gestão terceirizada sobre os resultados obtidos em relação a qualidade dos serviços de saúde, especificamente sobre a qualidade, no que se refere a estrutura, aos processos e aos resultados dos serviços hospitalares públicos de saúde, como pretende esta pesquisa.

Para tanto, estas definições foram tomadas como referências para a observação do

modelo de gestão dos hospitais pesquisados. Porém, para caracterizá-los segundo esses modelos foi utilizada a categorização dada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), respeitando a forma como ambos se relacionam administrativamente, mediante contratos, no caso da terceirização, ou pela prestação direta do serviço, no caso das organizações denominadas burocráticas.

3 METODOLOGIA

3.1 O MÉTODO

Neste estudo é utilizado como referencial teórico-metodológico principal os trabalhos de Donabedian para avaliação de serviços de saúde, especialmente a tríade estrutura, processo e resultado.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, aplicada e exploratória, do tipo descritiva e de abordagem quantitativa, que tem como suporte analítico, medidas e cálculos mensuráveis. O estudo empírico foi desenvolvido através da coleta, da tabulação, da análise e da comparação de indicadores de avaliação da qualidade dos serviços de internação hospitalar de hospitais públicos do Estado da Bahia.

Trata-se de um estudo descritivo porque objetiva avaliar a qualidade do serviço de internação hospitalar, descrevendo fatos encontrados na realidade dos hospitais pesquisados e procurando estabelecer relações entre variáveis. É exploratório na medida em que se parte de uma hipótese e procura aprofundar o estudo nos limites da realidade hospitalar, buscando obter maior conhecimento sobre a mesma.

Para alguns indicadores a internação em clínica médica foi utilizada como traçador, uma vez que esta existe em todos os hospitais e ainda porque a internação em clínica médica é o serviço hospitalar que requer maior integração com outros setores como: bio-imagem, laboratório, farmácia, centro cirúrgico, lavanderia e nutrição, envolvendo tanto o

processo de produção de serviços assistenciais quanto os administrativos.

Com estas características, este método sustenta este estudo empírico utilizando o questionário (Apêndice C) como forma de obter os dados que subsidiaram os resultados, discutidos no próximo capítulo.

3.3 AMOSTRA

Utilizou-se como base para cálculo a metodologia de amostragem aleatória simples, assumindo-se um erro amostral de 10%, com um nível de confiança de 90%. De um universo de quarenta e três hospitais públicos existentes no Estado da Bahia, em 2004, foram selecionados, probabilisticamente, os dezenove hospitais que são referências regionais na prestação de serviço de assistência à saúde e que oferecem atenção nas especialidades básicas de clínica médica e clínica cirúrgica. (Tabela 1).

O modelo de gestão desses hospitais (Tabelas 1 e 1.1) é também uma característica fundamental considerada neste estudo, pois pode se relacionar diretamente com a qualidade dos serviços prestados por essas organizações. Assim, este aspecto é considerado não somente na caracterização da amostra como é, também, objeto de análise e de comparação na apresentação dos resultados.

Os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos do Estado da Bahia, no momento da coleta de dados, eram: Modelo Tradicional ou Burocrático e o Modelo Terceirizado. Esta classificação foi fornecida pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Nº	UNIDADE HOSPITALAR	MODELO DE GESTÃO
01	Hospital Regional de Macaúbas	Tradicional/Burocrático
02	Hospital Geral de Vitória da Conquista	Tradicional/Burocrático
03	Hospital Eurico Dutra	Tradicional/Burocrático
04	Hospital Geral Menandro de Farias	Tradicional/Burocrático
05	Hospital Geral de Itamaraju	Tradicional/Burocrático
06	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	Tradicional/Burocrático
07	Hospital de Jeremoabo	Tradicional/Burocrático
08	Hospital Geral do Estado	Tradicional/Burocrático
09	Hospital Geral de Ipiaú	Tradicional/Burocrático
10	Hospital Municipal de Mundo novo	Tradicional/Burocrático
11	Hospital Geral Roberto Santos	Tradicional/Burocrático
12	Hospital Eurídice Santana	Terceirizado
13	Hospital Professor Carvalho Luz	Terceirizado
14	Hospital Eládio Lasserre	Terceirizado
15	Hospital Luís Eduardo Magalhães	Terceirizado
16	Hospital de Paulo Afonso	Terceirizado
17	Hospital de Ibotirama	Terceirizado
18	Hospital Geral de Itaparica	Terceirizado
19	Hospital Regional de Guanambi	Terceirizado

Tabela 1 – Unidades hospitalares pesquisadas e seus modelos de gestão, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Conforme se observa na Tabela 1, na amostra estudada 11 hospitais classificam-se como tendo modelo de gestão tradicional ou burocrático (57,9%) e 8 hospitais como sendo terceirizados (42,1%) (Tabela 1.1).

MODELO DE GESTÃO	Nº DE HOSPITAIS	%
Tradicional/ Burocrático	11	57,9
Terceirizada	8	42,1
TOTAL	19	100%

Tabela 1.1 - Número e percentagem de hospitais por modelo de gestão, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Entende-se que tem modelo tradicional ou burocrático de organização aqueles hospitais que apresentam características burocráticas do tipo ideal descritas por Weber, que neste caso identificam-se por: a) existência de regras abstratas às quais estão vinculados o

detentor do poder, os gerentes intermediários e os funcionários; b) possuem relações de autoridade entre posições hierárquicas definidas por competências, divisão de trabalho, separação pessoa-cargo e funções administrativas exercidas de modo continuado, com base em documentos escritos e c) trabalho como ocupação em tempo integral, base contratual e salário estipulado em dinheiro (MENDES, 2005).

Já a terceirização significa a transferência da responsabilidade por um serviço, no caso a gestão do hospital, para uma empresa denominada “terceira”. A terceirização combina objetivos econômicos como a redução de custos organizacionais (aumento da flexibilidade), com o objetivo de aumentar a qualidade, produtividade e competitividade. Trata-se de repassar a gestão pública dos hospitais a entidades de direito privado, sendo os empregados contratados pelo regime celetista de trabalho (CUT, 1993). Na prática são observados, também nestas organizações relações de trabalho através de prestação de serviços e cooperativas.

A partir das informações da SESAB, que classifica os hospitais como burocráticos (quando da administração direta) e terceirizados (quando possuem contrato de gestão), foi observada a existência das características descritas acima para cada modelo de gestão. Portanto são estas características que embasam a análise dos dados desta pesquisa.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Após o consentimento formal da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), para iniciar a pesquisa, foi realizada a coleta de dados através da aplicação de questionários, contendo questões que podem responder aos indicadores de avaliação de qualidade de estrutura e de processo, descritos abaixo, que fundamentam a interpretação final

deste estudo.

Estes questionários foram aplicados por bolsistas contratados pela Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão (FAPEX) e pela autora desta pesquisa, de janeiro a abril de 2004, a diretores e a gerentes intermediários responsáveis por serviços assistenciais e administrativos dos hospitais, designados pelos diretores. Do questionário geral² (Apêndice C) foram selecionadas dezoito questões, que pautaram os indicadores desta pesquisa, sendo elaborado para este estudo um questionário de avaliação (Apêndice B).

De acordo com a ética na pesquisa e conforme prevê a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que regulamenta a bioética no Brasil, solicitou-se ao entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Apêndice A).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Como requer o estudo do tipo avaliativo, para a análise dos dados obtidos nesta pesquisa foram estabelecidos indicadores de avaliação que mensurem a qualidade da estrutura, do processos e dos resultados dos hospitais selecionados.

Conforme descrito no referencial teórico deste estudo, existe uma lacuna quanto à existência de indicadores oficiais que avaliem a qualidade dos serviços hospitalares. Assim, para se estabelecer esses indicadores de avaliação da qualidade, utilizou-se a tríade de Donabedian e o pressuposto de Mattos (2003), de que indicadores devem ser analisados como um exercício permanente, contínuo, e serem pautados por revisões e adaptações ao contexto

² O questionário geral faz parte da pesquisa “Avaliação dos Modelos de Gestão Adotados pelos Hospitais Públicos do Estado da Bahia na Perspectiva de Implementação do Modelo Assistencial de Vigilância à Saúde”, coordenada pela orientadora desta dissertação.

encontrado. Sendo assim, adequado à real capacidade de aferir aquilo que se propõe. Portanto, nesta pesquisa foram avaliados indicadores relativos a qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços de internação hospitalar em clínica médica, oferecidos pela rede pública de saúde do Estado da Bahia, baseado em dados e informações referentes ao ano de 2003.

Considerando ainda o contexto do sistema de saúde baiano, no qual se insere a rede hospitalar, na seleção dos indicadores, além daqueles relacionados diretamente com a internação em clínica médica, foram acrescentados outros que refletem indiretamente a avaliação da qualidade, em clínica médica. A exemplo do tempo de espera para internação na emergência, dado que a demora, além de 24 horas de permanência do paciente na emergência indica problemas na disponibilidade de leitos para internação ou incapacidade para referenciá-lo para outro serviço. Implicando em risco de infecção para o paciente e conseqüentemente refletindo na qualidade, além de ocupar uma vaga de emergência quando outro usuário pode estar necessitando. Logo, se o tempo médio de permanência do paciente na emergência ultrapassar 24 horas, considera-se que isto reflete problemas na qualidade dos serviços.

Da mesma forma, o dimensionamento de pessoal e a taxa de treinamento não são específicos para clínica médica. Isso deve-se ao fato de nos hospitais pesquisados os funcionários terem suas escalas de trabalho ajustadas de acordo a necessidade da organização, não permanecendo fixos nos setores. De igual modo, a taxa de protocolos existentes não é exclusiva para o setor de clínica médica, pois os hospitais afirmaram ter protocolos gerais para orientação de procedimentos comuns entre as unidades. A taxa de hospitais com sistema de referência e contra-referência foi utilizada como indicador por que reflete, de modo geral, a organização do sistema de saúde e a capacidade do hospital articular com a rede de serviços, para referenciar o paciente, tanto no âmbito inter-hospitalar, quanto inter-setorial (entre

unidades).

Para responder aos indicadores, coletaram-se informações relativas aos assuntos pertinentes à pesquisa (Apêndice B) e cruzou-se com os dados sobre a gestão administrativa, ou modelo de gestão, dos hospitais pesquisados.

Por fim, a análise estatística dos dados foi baseada no pacote estatístico SPHINX, programa ou *software* que permite o cruzamento de dados quantitativos, e foram utilizadas dezoito questões da referida pesquisa. A comparação para a avaliação, objeto do estudo, foi realizada entre os dados, referentes ao ano de 2003, obtidos dos questionários aplicados aos dezenove hospitais pesquisados da rede pública do Estado da Bahia.

3.6 INDICADORES

Para se estabelecer os indicadores adotou-se o critério que os indicadores devem ser usados para aferir, continuamente, a estrutura, o processo e o resultado existente de um sistema de qualidade em saúde. O indicador de avaliação da qualidade é uma ferramenta eficaz de gestão e do planejamento estratégico em serviços de saúde. A análise dos seus resultados pode auxiliar os tomadores de decisão no sentido de otimizar a oferta de serviços e corrigir possíveis distorções.

Neste estudo foram usados três indicadores gerais para avaliar a capacidade de oferta de internação e a qualidade da estrutura e do processo dos hospitais; e para cada um desses indicadores gerais foram usados três indicadores específicos, como detalhado a seguir.

3.6.1 Indicadores gerais

3.6.1.1 Qualidade da estrutura dos hospitais

Indicadores específicos para qualidade da estrutura dos hospitais:

1. Dimensionamento de pessoal de enfermagem (Tabelas 4 e 5)

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros dos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos de internação nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático}}$

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros dos hospitais com modelo de gestão terceirizado}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos de internação nos hospitais com modelo de gestão terceirizado}}$

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de auxiliares/técnicos de enfermagem dos hospitais com modelo de gestão tradicional/ burocrático}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos de internação nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático}}$

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de auxiliares/técnicos de enfermagem de hospitais com modelo de gestão terceirizado}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos de internação nos hospitais com modelo de gestão terceirizado}}$

2. Taxa de hospitais com sistema de referência e contra-referência (Tabela 6)

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitais com modelo de gestão burocrático com sistema de referência e contra-referência}}{\text{N}^\circ \text{ total de hospitais com modelo de gestão burocrático}} \times 100$

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitais com modelo de gestão burocrático sem sistema de referência e contra-referência}}{\text{N}^\circ \text{ total de hospitais com modelo de gestão burocrático}} \times 100$

Operação: $\frac{\text{n}^\circ \text{ de hospitais com modelo de gestão terceirizado com sistema de referência e contra-referência}}{\text{N}^\circ \text{ total de hospitais com modelo de gestão terceirizado}} \times 100$

Operação: $\frac{\text{n}^\circ \text{ de hospitais com modelo de gestão terceirizado sem sistema de referência e contra-referência}}{\text{N}^\circ \text{ total de hospitais com modelo de gestão terceirizado}} \times 100$

3. Rendimento de leitos de internação em clínica médica (Tabela 7)

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações em clínica médica em hospitais com modelo de gestão tradicional/ burocrático}}{\text{N}^\circ \text{ de leito em clínica médica em hospitais com modelo de gestão burocrático}}$

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações em clínica médica em hospitais com modelo de gestão terceirizado}}{\text{N}^\circ \text{ de leito em clínica médica em hospitais com modelo de gestão terceirizado}}$

3.6.1.2 Qualidade dos processos dos hospitais

Indicadores específicos para qualidade dos processos dos hospitais:

1. Tempo Médio de Permanência em clínica médica (Tabela 8)

Para calcular este indicador utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Nº de pacientes internados por dia}}{\text{Nº de pacientes saídos (altas, transferências e óbitos)}}$$

Porém, esta operação não foi utilizada pela inexistência de dados e o resultado desse indicador baseou-se em uma resposta aberta. Para conclusão foi realizado o cálculo de média simples dos dados (Apêndice B, questão 12).

2. Taxa de hospitais com e sem protocolos (Tabela 9)

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de hospitais com modelo de gestão burocrático com protocolos}}{\text{Nº total de hospitais com modelo de gestão burocrático}} \times 100$$

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de hospitais com modelo de gestão burocrático sem protocolos}}{\text{Nº total de hospitais com modelo de gestão burocrático}} \times 100$$

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de hospitais com modelo de gestão terceirizado com protocolos}}{\text{Nº total de hospitais com modelo de gestão terceirizado}} \times 100$$

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de hospitais com modelo de gestão terceirizado sem protocolos}}{\text{Nº total de hospitais com modelo de gestão terceirizado}} \times 100$$

3. Capacitação de funcionários e empregados (Tabela 10)

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de pessoas treinadas nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático}}{\text{Nº total de funcionários/empregados dos hospitais com modelo de gestão burocrático}} \times 100$$

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de pessoas sem treinamento nos hospitais com modelo de gestão tradicional/ burocrático}}{\text{Nº total de funcionários/empregados dos hospitais com modelo de gestão burocrático}} \times 100$$

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de pessoas treinadas nos hospitais com modelo de gestão terceirizado}}{\text{Nº total de funcionários/empregados dos hospitais com modelo de gestão terceirizado}} \times 100$$

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de pessoas sem treinamento nos hospitais com modelo de gestão terceirizado}}{\text{Nº total de funcionários/empregados dos hospitais com modelo de gestão terceirizado}} \times 100$$

3.6.1.3 Qualidade dos resultados dos hospitais

Indicadores específicos para a qualidade dos resultados dos hospitais:

1. Oferta de leitos de clínica médica (Tabela 11)

$$\text{Operação: } \frac{\text{Nº de leitos de clínica médica em hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático}}{\text{Nº total de leitos de clínica médica}} \times 100$$

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de leitos de clínica médica em hospitais com modelo de gestão terceirizado}}{\text{N}^\circ \text{ total de leitos de clínica médica}} \times 100$

2. Oferta de internações em clínica médica (Tabela 12)

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações em clínica médica em hospitais com modelo de gestão tradicionalburocrático}}{\text{N}^\circ \text{ total de internações em clínica médica}} \times 100$

Operação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações em clínica médica em hospitais com modelo de gestão terceirizado}}{\text{N}^\circ \text{ total de internações em clínica médica}} \times 100$

A comparação entre a oferta de leitos e a oferta de internações, considerando a taxa de ocupação de 80% e o TMP real apresentado em cada modelo de gestão fez com que se chegasse a dois indicadores síntese de resultado: capacidade de oferta de internação e percentual de ociosidade.

3. Tempo médio de espera na emergência para internação (Tabela 13)

Este indicador baseou-se na pergunta semi-aberta por categorização: menos que 24 horas, entre 24 e 72 horas e acima de 72 horas (APÊNDICE B, questão 7). Assim a resposta foi dada diretamente pelos entrevistados, pois não existem dados disponíveis para cálculo deste indicador.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados referentes aos indicadores gerais que permitiram obter informações sobre as características dos hospitais, o modelo de gestão e a qualidade, no que se refere à estrutura, ao processo e ao resultado, principalmente à capacidade de oferta de internação em clínica médica. Para tanto, foram utilizados os seguintes indicadores gerais:

- a) Qualidade da estrutura dos hospitais
- b) Qualidade dos processos dos hospitais
- c) Qualidade dos resultados dos hospitais

Inicialmente são apresentadas as principais características da amostra e discutidas como estas podem influenciar nos resultados da pesquisa. Posteriormente são apresentados e discutidos os resultados dos indicadores. Estes foram obtidos cruzando-se as informações contidas nos questionários (APÊNDICE C) e prestadas pelos gestores, referentes ao ano de 2003.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os hospitais públicos do Estado da Bahia possuem um modelo de gestão tradicional ou burocrático (administração direta pelo Poder Público) ou modelo de gestão terceirizado (administração indireta realizada por terceiros, regidos por contrato de prestação de serviço).

De um universo de 43 hospitais públicos, foram selecionados, probabilisticamente, um total de 19 para esta pesquisa (Tabela 1). Destes, 11 (57,9%) são administrados pela forma tradicional/burocrática e 8 (42,1%) estão sendo administrados pelo modelo de gestão terceirizado (Tabela 1.1).

Conforme discutido no segundo capítulo sobre as características desses modelos de gestão, o que foi observado nesses hospitais é o aspecto das relações de trabalho. Na prática, os hospitais com modelo de gestão burocrático (administrados pela SESAB) mantêm a estabilidade dos seus funcionários prevista pela Constituição Federal de 1988, mas também utilizam contratos temporários de trabalho com profissionais autônomos (enfermeiros e médicos), como exemplo o contrato de Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), e contratos temporários para a prestação de alguns serviços, com empresas especializadas, como: lavanderia, nutrição, higienização e manutenção. Esse último passa por processo licitatório conforme previsto por lei. Os contratos com profissionais autônomos são realizados mediante indicações políticas.

Já os hospitais com modelo de gestão terceirizada realizam, em sua maioria, contratos de trabalho para prestação de serviços em todas as áreas, para as atividades meios e fins, normalmente através das cooperativas de trabalho. Dessa forma o cooperado presta seu serviço no hospital, com escala e divisão de trabalho bem definidas, porém, sem direito a benefícios como: férias, 13º salário e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Isso precariza ainda mais as relações trabalhistas entre empregado e empregador. Além disso, essas diferentes formas de vínculos trabalhistas geram desconforto, desunião e insatisfação entre os profissionais, em uma área de trabalho na qual a integração é um fator primordial para o bom desenvolvimento das atividades, já que é um serviço que exige o trabalho em equipe para uma melhor qualidade de assistência prestada a saúde dos usuários.

Todos os hospitais da amostra pertencem à rede pública do Estado da Bahia e possuem internação em clínica médica, setor selecionado para ser o traçador de avaliação da qualidade na maioria dos indicadores adotados nesta pesquisa, justamente por ser um serviço básico de assistência hospitalar e estar presente em todos os hospitais. Também, por estas características, a clínica médica detém o maior número de leitos para internação, além de demandar todos os outros serviços de apoio terapêutico como: farmácia, bio-imagem, lavanderia, higienização, nutrição, centro-cirúrgico e laboratórios.

Outro critério para a classificação dos hospitais foi o porte, utilizando-se como balizador o que o Ministério de Saúde preconiza: a divisão pelas categorias de pequeno porte (0 a 50 leitos), médio porte (51 a 150 leitos), grande porte (151 a 300 leitos) e porte especial (acima de 300 leitos) (MALIK, 2001). A amostra pesquisada distribuiu-se conforme a Tabela 2, na qual, dos hospitais de gestão burocrática 5 eram de pequeno porte, 4 de médio porte, 1 de grande porte e 1 de porte especial. Dos hospitais com gestão terceirizada 4 eram de pequeno porte, portanto, metade deles e a outra metade, 4, eram de médio porte.

MODELO DE GESTÃO	PORTE DOS HOSPITAIS					
	PEQUENO ATE 50	MEDIO 51-150	GRANDE 150-300	ESPECIAL + 300	TOTAL	% AMOSTRA
Tradicional/ Burocrático	5	4	1	1	11	57,9%
Terceirizada	4	4	0	0	8	42,1%
TOTAIS HOSPITAIS	9	8	1	1	19	100%
PERCENTUAL	47,4%	42,1%	5,3%	5,3%	100%	

Tabela 2 – Porte dos hospitais, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Essa categorização pelo porte é um indício do grau de complexidade das doenças atendidas nos hospitais. Assim, os hospitais de pequeno porte, possivelmente atendem usuários com diagnósticos de menor complexidade. Logo, deverão apresentar menores índices de infecção hospitalar, menor média de permanência dos usuários nos leitos de internamento, menor tempo de espera na emergência para internação, menor número de pessoal de enfermagem por leito e, portanto, maior oferta de leitos para internação, maior rendimento desses leitos e maior número de hospitais com sistema de referência e contra-referência, já que necessita referenciar os usuários que demandam atendimento de média e alta complexidade para outras unidades hospitalares.

Dessa mesma forma, os hospitais de grande porte e de porte especial devem estar mais equipados com recursos físicos e humanos para atender a demanda de diagnósticos de média e alta complexidade, como por exemplo, os usuários portadores de doenças como insuficiência renal que precisem de diálise, os usuários que necessitem de UTI ou de cirurgias de médio e grande porte, ou sejam, mais especializadas, tais como: cardíacas, transplantes, torácicas, oncológicas e cesáreas de alto risco. Com isso, pode-se concluir que as organizações hospitalares que tiverem esse perfil terão seus indicadores de produção inversos dos hospitais de pequeno porte, como: maiores índices de infecção hospitalar, maior tempo médio de permanência nos leitos de internação, maior tempo de espera na emergência para internação, portanto, menor rotatividade e oferta desses leitos.

Já os hospitais com perfil de médio porte, têm seus índices entre um e outro. E atendem os casos de pequena e média complexidade, mas não são habilitados para o atendimento de alta complexidade. De acordo com os dados, apenas 2 daquela amostra de 19 hospitais atendem a alta complexidade, sendo 1 de grande porte e 1 de porte especial. Enquanto 9 são de pequeno porte e 8 de médio porte, totalizando 17 hospitais, ou seja, a

maioria das organizações hospitalares públicas do Estado estudadas atende à pequena e média complexidade.

As deficiências existentes na assistência básica da rede pública de saúde fazem com que esta não consiga realizar as medidas preventivas e educativas de saúde a toda a população, especialmente à classe social mais pobre, que vive nos subúrbios urbanos e nas zonas rurais. Assim, esses usuários utilizam as emergências como principal forma de entrada na rede de serviços de saúde, causando problemas gerenciais, como por exemplo a superlotação das emergências, e assistenciais, como a baixa qualidade dos serviços, em consequência da desproporção entre o número de usuários e a capacidade instalada.

Ainda com relação ao atendimento de alta complexidade e ao congestionamento da rede hospitalar, têm-se os traumas por diversas causas, sendo a mais importante delas o crescimento da violência, especialmente a violência urbana, como uma importante causa de morte no período produtivo de vida, em todo o mundo. Para esses casos existe apenas 1 (um) hospital de referência em todo o Estado devidamente habilitado para prestar esse tipo de assistência. Este é um dos hospitais que faz parte da amostra deste estudo e tem modelo de gestão tradicional/burocrática.

Por fim, da amostra selecionada, apenas 2 (10,5%) dos hospitais públicos são de porte grande e especial, e atendem à alta complexidade. Além disso, esses hospitais têm gestão tradicional ou burocrática, o que nos leva a concluir que são estas organizações que apresentam maiores gastos em saúde. Esses custos elevados são justificados pela existência de equipamentos de alta tecnologia como tomógrafos e ressonância magnética, além de outros tipos de medicamentos, materiais e tratamentos especializados que são caros, como antibióticos de última geração, AZT (para o HIV), quimioterapia, hemodiálise, próteses e órteses, além do alto custo representado pelos setores mais especializados como a Unidade de

Terapia Intensiva (UTI) e o Centro Cirúrgico (CC).

Possivelmente a solução para os problemas estruturais, de processos e financeiros das organizações hospitalares, descritos anteriormente, seriam amenizados com um maior incentivo à reorganização, ao desenvolvimento e ao acesso às unidades básicas de saúde e ações educativas de promoção à saúde, para a população.

Embora não seja objetivo desta pesquisa analisar o custo da internação hospitalar, sabe-se que estas informações foram solicitadas e não disponibilizadas. Assim, há que se indagar, por que só tem interessado a terceirização da gestão de hospitais de média e baixa complexidade? Além disso, por que a rede básica não tem funcionado adequadamente, de modo a evitar as internações?

Outro aspecto para melhoria dos serviços prestados pelas organizações hospitalares é a avaliação permanente desses serviços, incluindo a avaliação da qualidade que deve servir de instrumento para direcionar as decisões dos gestores.

Entretanto, dentre a amostra pesquisada somente 3 hospitais (15,8%) informaram possuir um programa de qualidade com sistema de avaliação. Destes três hospitais, 2 têm modelo de gestão terceirizado e 1 tem modelo de gestão tradicional/burocrático. Nenhum deles relatou precisamente em que etapa se encontra o programa de qualidade, como se dá a avaliação dos indicadores e quais são os indicadores utilizados, mas sabem informar o tempo de implantação do programa e relatam que são bons os resultados da pesquisa de satisfação dos usuários.

Isso caracteriza a baixa credibilidade dos instrumentos disponibilizados e a baixa motivação dos gestores, especialmente pelo sistema público de saúde, no que se refere à avaliação da qualidade. Além da falta de interesse dos gestores de conhecer os limites estruturais e operacionais das organizações que gerenciam, as informações levam a crer que o

seu maior interesse é por metas quantitativas que podem alcançar, e não pela qualidade da prestação dos serviços que oferecem a comunidade.

Ante a discussão, sobre o assunto no primeiro capítulo desta pesquisa, a avaliação da qualidade é um forte instrumento de gestão que visa principalmente contribuir para as tomadas de decisões, porém é a minoria dos hospitais que a utiliza, e mesmo estes, possivelmente a utiliza de forma não sistematizada e inadequada quando, por exemplo, não sabem informar como ocorre o seu processo dentro da organização que dirige.

Nos 3 hospitais que afirmaram ter programa de qualidade, seus gestores tinham formação em administração hospitalar, característica esta que pode facilitar a adesão da organização a um programa de qualidade, levando ao sucesso deste programa e conseqüentemente a avaliação da qualidade.

No que se refere à formação do gestor hospitalar, dos 11 respondentes no modelo de gestão tradicional/burocrático, 6 (54,6%) possuem formação em administração hospitalar e 5 (45,5%) não possuem essa formação. Dos hospitais com modelo de gestão terceirizado, 5 (62,5%) responderam possuir formação em administração hospitalar e 3 (37,5%) responderam que não possuem (Tabela 3). Isto significa, teoricamente, que os hospitais com gestão terceirizada empregam preferencialmente gestores com formação em administração hospitalar. Isto pode ser explicado pelo princípio da terceirização que defende o trabalho especializado e a busca pela eficiência. Essa busca é mais fácil, no entanto, quando os gestores conhecem o contexto no qual estão inseridas as organizações de saúde e quais as estratégias que podem ser utilizadas para otimizar os seus serviços.

MODELO DE GESTÃO	FORMAÇÃO DOS GESTORES EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR				TOTAL	%
	SIM	%	NÃO	%		
Tradicional/ Burocrático	6	54,5	5	45,5	11	100%
Terceirizada	5	62,5	3	37,5	8	100%

Tabela 3 – Formação dos gestores em administração hospitalar, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Os dados demonstram que os hospitais com gestão tradicional/burocrática, na sua maioria, são gerenciados por profissionais sem formação em administração hospitalar. Observou-se, que a maioria deles são gerenciados, tradicionalmente, por profissionais médicos sem nenhuma formação específica, que ocupam esse cargo político temporariamente, portanto descontínuo. Isso pode explicar, em parte, a crise administrativa que enfrentam essas organizações.

Dessa forma, pode-se concluir que na Bahia, a maioria dos hospitais públicos tem modelo de gestão tradicional/burocrático. Essas organizações são referências estaduais no atendimento de alta complexidade, entretanto não realizam avaliação sistemática dos seus serviços, e seus gestores caracterizam-se por não terem formação em administração hospitalar. Por outro lado, os hospitais com gestão terceirizada são em menor número e de menor porte, portanto são referências no atendimento de pequena e média complexidade, preocupam-se, ainda que timidamente, com a qualidade dos seus serviços, e em tese, são tecnicamente mais preparados para a gestão, dado que seus gestores, exceto um, têm formação específica em administração hospitalar.

Após a caracterização da amostra de hospitais, serão apresentados e discutidos os resultados dos indicadores dessa pesquisa avaliativa: qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados.

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ESTRUTURA DOS HOSPITAIS

O primeiro indicador geral a ser avaliado é a qualidade da estrutura dos hospitais públicos baianos. Para isso, foram estabelecidos e analisados três indicadores específicos relativos ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, taxa de hospitais com sistema de referência e conta-referência e rendimento de leitos de internação em clínica médica, no ano de 2003. Esses indicadores podem pela existência e pela quantidade influenciar a qualidade do resultado: na oferta de leitos, na oferta de internações e no tempo de espera na emergência para internação. Além disso, podem influenciar no cuidado prestado aos usuários.

4.2.1 Dimensionamento do pessoal de enfermagem

Primeiramente, é importante esclarecer que esse grupo de profissionais foi escolhido para este estudo por ser, em número, maior do que os outros; por desenvolver suas atividades em todas as áreas do hospital, seja nas áreas assistenciais ou administrativas e por está presente, continuamente, todos os dias, prestando assistência aos usuários. Logo, influenciando decisivamente na qualidade dos serviços prestados pelos hospitais.

O trabalho de enfermagem se caracteriza por ser um trabalho contínuo. Assim, na prática, os achados significam relações que não são numericamente constantes nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Observa-se que um maior número de profissionais trabalha pela manhã, devido ao maior número de procedimentos técnicos (banho, curativo e encaminhamentos para exames e para cirurgias) e administrativos (marcação de exames e consultas e reposição de medicamentos e materiais médicos) realizados nesse período. À tarde

trabalha um menor número de profissionais, mas é no serviço noturno que se vê maior deficiência no número de profissionais de enfermagem.

Para esta pesquisa foram consideradas as três categorias da enfermagem: os enfermeiros, os auxiliares e os técnicos de enfermagem.

MODELO DE GESTÃO	DIMENSIONAMENTO DE ENFERMEIROS						
	Nº LEITOS (A)	PERÍODO EM HS (7 DIAS) (B)	Nº LEITOS / PERÍODO (A X B)	Nº ENFERMEIROS (C)	CARGA HORÁRIA SEMANAL (D)	Nº ENFERM. / HS SEMANAL (C X D)	RELAÇÃO ENFERMEIRO/LEITO ($\frac{A \times B}{C \times D}$)
Tradicional/ Burocrático	330	168	55440	336	36	12096	4,6
Terceirizado	94	168	15792	5757	36	1944	8,1

Tabela 4 – Dimensionamento de enfermeiros, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

MODELO DE GESTÃO	DIMENSIONAMENTO DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM						
	Nº LEITOS (A)	PERÍODO EM HS (7 DIAS) (B)	Nº LEITOS / PERÍODO (A X B)	Nº AUXILIARES E TÉCNICOS (C)	CARGA HORÁRIA SEMANAL (D)	Nº ENFERM. / HS SEMANAL (C X D)	RELAÇÃO ENFERMEIRO/LEITO ($\frac{A \times B}{C \times D}$)
Tradicional/ Burocrático	330	168	55440	1552	36	55872	1,0
Terceirizado	94	168	15792	442	36	15912	1,0

Tabela 5 – Dimensionamento de auxiliares e técnicos de enfermagem, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Assim, com relação ao dimensionamento desses profissionais nos hospitais pesquisados, pode-se concluir que os hospitais públicos com modelo de gestão tradicional/burocrático possuem uma relação de 4,6 enfermeiros/leito e 1 auxiliar/técnico de

enfermagem/leito. Os hospitais gerenciados pelo modelo terceirizado apresentam uma relação de 8,1 enfermeiros/leito e 1 auxiliar/técnico de enfermagem/leito (Tabelas 4 e 5).

Baseado nos resultados obtidos nesse indicador pode-se inferir que os hospitais com gestão terceirizada possuem uma menor relação de enfermeiros por leito, mesmo sendo esse tipo de hospital caracterizado por menor porte e por menor complexidade. Essa relação pode explicar o fato da maior disponibilidade de leitos para internação nesses hospitais, visto que uma assistência de enfermagem com maior número de profissionais, se efetiva, tem também maior possibilidade de ter boa qualidade. O bom cuidado prestado à saúde dos usuários pela enfermagem pode determinar menor tempo de internação. Portanto, influencia também, para o menor Tempo Médio de Permanência (TMP) dos usuários, e maior rendimento e maior oferta dos leitos para internação.

Os hospitais de gestão tradicional/burocrática apresentam menor relação enfermeiro/leito (4,6), quase metade dos hospitais terceirizados (8,1) (Tabela 4), o que se contrapõe com sua maior oferta de leitos e internações do que os hospitais com gestão terceirizada. Isso pode significar maior sobrecarga de trabalho para o enfermeiro nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático.

Já no que se refere aos auxiliares/técnicos de enfermagem, a relação é a mesma para os dois modelos de gestão (Tabela 5). Entretanto, pautado na diferença do número de leitos existentes entre os dois tipos de organizações, os hospitais com gestão tradicional/burocrática deveriam ter mais auxiliares/técnicos de enfermagem por leito do que os hospitais com gestão terceirizada.

Isso é justificado pela maior flexibilidade de contratação existente nos hospitais com gestão terceirizada, mesmo que ocasione relações de trabalho precarizadas. Os hospitais com gestão tradicional/burocrática também possuem formas alternativas de contratação,

porém mais restritas, e aproximadamente há dez anos não tem concurso para provimento de vagas para aumento do quadro de funcionários, substituição das exonerações e aposentadorias, o que explica a escassez de recursos humanos nesses hospitais públicos.

Essa escassez caracteriza maior sobrecarga de trabalho para toda a equipe de enfermagem e, conseqüentemente, interfere na qualidade da assistência prestada ao usuário, prolongando o TMP e reduzindo a oferta de leitos para internação.

O descrédito das organizações com modelo de gestão tradicional/burocrático é determinado, entre diversos fatores (sociais, políticos e administrativos), também pela falta de qualidade no atendimento aos usuários. Como é a enfermagem o grupo de profissionais que dá assistência direta aos mesmos, sua escassez pode interferir na qualidade dos serviços ofertados, influenciando negativamente a legitimação das organizações hospitalares de gestão tradicional/burocrática pelos usuários.

De forma geral, pode-se concluir que os hospitais com modelo de gestão terceirizado têm maior quantidade de profissionais de enfermagem por leito do que os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN 293/2004 que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados no artigo 5º afirma que é necessário de 33 a 37% de enfermeiros para a assistência mínima e/ ou intermediária e os demais profissionais podem ser auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Para a Resolução COFEN 293/2004 neste tipo de assistência o paciente apresenta-se estável do ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente auto-suficientes ou com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas. Isto se refere à assistência de menor complexidade dos hospitais com

modelo de gestão terceirizado.

Já para as unidades assistenciais que atendem pacientes de cuidado semi-intensivo ou intensivo, caracterizadas pela assistência à pacientes em estado instável, com ou sem risco iminente de morte, requerendo assistência médica e de enfermagem permanente e especializada, como a maior complexidade atendida nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático, este percentual sobe para 42 a 56% de enfermeiros e os demais profissionais podendo ser auxiliares ou técnicos de enfermagem (COFEN, 2004).

Também no artigo 4º, esta Resolução complementa que o quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15%. Este valor percentual destina-se a cobertura das taxas das ausências do trabalho previstas ou não em Lei como férias, faltas, afastamentos e aposentadorias.

Os dados da pesquisa, Tabela 5 e 6, mostram que os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático têm 1888 profissionais de enfermagem, no entanto apenas 336 (17,8%) são enfermeiros e 1552 (82,2%) são auxiliares ou técnicos de enfermagem. Os hospitais com modelo de gestão terceirizado têm 496 profissionais de enfermagem, sendo apenas 54 (10,9%) enfermeiros e 442 (89,1%) auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Logo, comparando os dados dos hospitais pesquisados com os parâmetros estabelecidos na Resolução COFEN 293/2004 relativo ao quantitativo de pessoal de enfermagem necessário para uma adequada assistência de enfermagem podemos concluir que ambos os hospitais, com modelo de gestão tradicional/burocrático quanto o terceirizado têm um mau dimensionamento de pessoal de enfermagem .

Apesar dos hospitais com modelo de gestão terceirizado ter maior quantitativo de profissionais de enfermagem e os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático ter um melhor índice de enfermeiros, os dois apresentam menos enfermeiros do que o necessário

para uma boa assistência de enfermagem.

4.2.2 Taxa de hospitais com sistema de referência e contra-referência

O sistema de referência e contra-referência inter-hospitalar é um mecanismo de ordenação das práticas de assistência do SUS, coordenado por um sistema denominado de regulação. A regulação compreende a prática que permite ao poder público desenvolver sua capacidade sistemática para responder às demandas por serviços de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, especialmente, as emergências. Logo, “[...] trata-se de um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (BRASIL, 2003, p. 1).

São objetivos desse sistema:

“(...) oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial; organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime; organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população e otimizar a utilização dos recursos disponíveis (...) (BRASIL, 2003, p. 1)

Assim, pode-se concluir que o sistema de referência e contra-referência organiza a oferta de leitos de internação, adequadamente, com critérios bem estabelecidos de diagnóstico e de tratamento, o que facilita o acesso da população aos serviços hospitalares e otimiza os recursos de saúde, contribuindo, dessa forma, para o maior controle e maior qualidade do sistema público de saúde.

A operação utilizada no cálculo deste indicador mostra a relação entre o número de hospitais com gestão tradicional/burocrática ou terceirizada com sistema de referência e contra-referência e o número total de hospitais pesquisados.

MODELO DE GESTÃO	TAXA DE HOSPITAIS COM SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA				TOTAL	
	sim		Não			
	Nº hosp.	%	Nº hosp.	%	Nº hosp.	%
Tradicional/ Burocrático	8	73%	3	27%	11	100%
Terceirizado	8	100%	-	-	8	100%
TOTAL GERAL	16	84%	3	16%	19	100%

Tabela 6 – Taxa de hospitais com sistema de referência e contra-referência, Bahia, 2003.
Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Conforme os entrevistados nos hospitais geridos pelo modelo tradicional/burocrático, 8 (73%) dos hospitais possuem sistema de referência e contra referência e 3 (27%) responderam que não existe este sistema nesses hospitais. Já nos hospitais com modelo de gestão terceirizada 8 (100%) responderam afirmativamente (Tabela 6).

Isto pode estar relacionado ao porte dos hospitais com modelo terceirizado de gestão, que necessitam referenciar o usuário para hospitais de maior porte e de maior complexidade tecnológica, os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático. Também, explica o seu menor tempo de espera na emergência para internação, já que utilizam a regulação para referenciar os usuários para outras unidades.

A maioria dos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático referiram que utilizam esse sistema. Esses hospitais são de grande porte e de alta complexidade, portanto, eles são referências estaduais de atendimento à saúde e recebem usuários provenientes de todos os municípios.

Considerando o pouco tempo de implantação deste sistema na Bahia, aproximadamente dois anos, neste trabalho é aceitável um percentual de 50% de adesão dos hospitais públicos pesquisados. É importante salientar que ainda não existem estatísticas sobre este quesito e o mesmo não é tido como indicador formal de qualidade de sistemas de saúde.

Assim, observa-se que o sistema de referência e contra-referência faz parte da rotina das organizações públicas hospitalares da Bahia, adequando-as às necessidades da população e, portanto, melhorando a qualidade da prestação desses serviços aos usuários. Apesar disso, ainda existem dificuldades a serem vencidas na implantação desse sistema, especialmente, dificuldades administrativas como: o sistema integrado de informações ainda não está disponível em todos os hospitais e existe número insuficiente de ambulâncias para realizar as transferências, gerando demora na transferência e no atendimento especializado.

4.2.3 Rendimento de leitos de internação em clínica médica

De posse do número de internações realizadas e do número de leitos de internação em clínica médica, de cada um dos modelos de gestão dos hospitais burocrático e terceirizado, é possível calcular o rendimento desses leitos.

Dessa forma, o rendimento de leitos de internação em clínica médica é calculado através da seguinte operação: número de internações em hospitais com gestão tradicional/burocrática ou terceirizada dividido pelo número de leitos em clínica médica nos mesmos hospitais, chegando ao resultado de quantas internações foram realizadas por leito, no ano de 2003.

Esse indicador pode ser influenciado por muitos fatores como: a oferta de leitos e de internações em clínica médica; a existência de pessoal para assistir ao usuário e os aspectos clínicos do paciente. E pode influenciar a espera dos usuários na emergência para internação, especialmente na clínica médica. Por exemplo: o maior número de internações realizadas significa que há maior rendimento de leitos, e um usuário que tem um diagnóstico que demanda tratamento de alta complexidade, provavelmente permanecendo maior tempo

internado, diminui o rendimento desse leito e dos leitos de forma geral.

Nos hospitais com modelo de gestão terceirizado, para cada leito foram realizadas 35,1 internações no ano de 2003 e para os hospitais de gestão tradicional/burocrática esta relação foi de 23,6 internações por leito no mesmo período (Tabela 7).

MODELO DE GESTÃO	N. INTERNAÇÕES EM CLÍNICA MÉDICA	N. LEITOS EM CLÍNICA MÉDICA	RENDIMENTO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA
Tradicional/ Burocrático	7798	330	23,6
Terceirizado	3303	94	35,1

Tabela 7 – Rendimento de leitos de internação em clínica médica, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Os dados revelam que os hospitais com gestão tradicional/burocrática apresentam menor rendimento de leitos dos que os hospitais com gestão terceirizada. O fato dos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático terem maior porte do que o terceirizado, serem organizações de referência estadual para o atendimento à saúde da população, especialmente às necessidades de saúde de alta complexidade e por esse perfil de demanda permanecer mais tempo internada pela gravidade e especificidade do diagnóstico, é que faz o rendimento relativo aos leitos de internação em clínica médica desses hospitais, ser maior do que nos hospitais terceirizados, que têm seu foco na assistência de média e baixa complexidade.

Nos hospitais de média e de baixa complexidade, normalmente, estão os casos clínicos mais estáveis, porque estes respondem a tratamentos menos especializados. Logo, caracteriza-se por menor tempo de permanência do usuário nos leitos de internação, determinando assim, o maior rendimento de leitos de internação nos hospitais baianos de gestão terceirizada.

Porém, levando em consideração o que preconiza a Organização Mundial da Saúde de 5 a 6 dias o tempo de internação do paciente na especialidade de clínica médica, os

hospitais pesquisados com modelo de gestão tradicional/burocrático e modelo de gestão terceirizado, deveriam ter realizado 19.800 e 5.640 internações respectivamente, no ano de 2003, o que aumentaria o rendimento dos seus leitos para o ideal: 60 a 72 internações por leito no ano. O que revela que todos os hospitais têm o rendimento de leitos menor do que o esperado.

A partir dos resultados acima apresentados, relativos aos três indicadores específicos para avaliação da qualidade da estrutura dos hospitais, pode-se concluir que os hospitais públicos baianos com gestão terceirizada têm melhor qualidade na estrutura do que os hospitais com gestão tradicional/burocrática, apesar de ambos apresentarem deficiências especialmente no que se refere ao dimensionamento de pessoal de enfermagem e ao rendimento de leitos de internação em clínica médica.

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PROCESSOS DOS HOSPITAIS

A avaliação da qualidade dos processos dos hospitais se refere à parte operacional, ou seja, à maior área existente nas organizações hospitalares, composto pelo conjunto de ações assistenciais e administrativas que tenham influência direta no cuidado ao paciente.

Para tanto, são avaliados três indicadores específicos: tempo médio de permanência em clínica médica, taxa de hospitais com e sem protocolos e capacitação de funcionários e empregados, relativos aos hospitais pesquisados.

4.3.1 Tempo Médio de Permanência em clínica médica (TMP)

De acordo com Travassos, Noronha e Martins (1999) a diferença no TMP pode refletir, parcialmente, as diferenças nas necessidades clínicas do paciente. O TMP mais prolongado pode significar, também, a inefetividade do cuidado e maior incidência de complicações intra-hospitalares.

Esse indicador é calculado através da relação entre o número de pacientes internados por dia e o número de pacientes saídos (altas, transferências e óbitos) no mesmo dia. Porém, neste estudo não foi possível utilizar essa operação, pela inexistência de dados em alguns hospitais. Os resultados basearam-se em respostas abertas dadas pelos gestores entrevistados, conforme a questão 12 do Questionário de Pesquisa (APÊNDICE B).

Quando trata-se do tempo médio de permanência na clínica médica, indica-se quantos dias em média o usuário/paciente permaneceu internado nesta clínica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a média esperada de dias para o paciente permanecer internado em clínica médica é de 5 a 6 dias. Um maior TMP determina menor oferta dos serviços e menor rendimento de leitos para internação, pois com o mesmo usuário internado mais dias no leito significa menos leitos disponíveis e, portanto, menos internações podem ser realizadas. Assim, o maior TMP também pode refletir um maior tempo de espera para internação na emergência.

De acordo com as respostas obtidas, os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático apresentaram TPM igual a 8,3 dias e os hospitais com o modelo terceirizado de gestão apresentaram um TPM de 5,5 dias (Tabela 8).

MODELO DE GESTÃO	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA
Tradicional/ Burocrático	8,3
Terceirizado	5,5

Tabela 8 – Tempo Médio de Permanência em clínica médica, Bahia, 2003.
Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Conclui-se que, nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático o TMP é maior do que nos hospitais com gestão terceirizada. E que, segundo a padronização da OMS relativa ao assunto, os hospitais com modelo de gestão terceirizado têm índices aceitáveis de TMP, enquanto os hospitais com gestão tradicional/burocrática estão muito além desse resultado, tendo índice acima do referido pela OMS.

Considerando-se o Tempo Médio de Permanência preconizado pela OMS, os hospitais com modelo de gestão terceirizado apresentam melhores resultados. Contudo, como observa Travassos et al (1999), um TMP de 8,3 dias encontrados nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático pode significar inefetividade do cuidado e maior número de complicações intra-hospitalares, acrescentando-se a isso o perfil de complexidade destes hospitais. Assim, o TMP mais baixo dos hospitais com gestão terceirizada pode ser justificado pelo perfil desses hospitais: menor porte e atendimento de baixa complexidade, enquanto que os hospitais com gestão tradicional/burocrática, como já visto, são referência no atendimento à alta complexidade, que demanda maior tempo de tratamento, por assistir aos usuários com diagnóstico de maior gravidade clínica.

No que se refere ao processo hospitalar, Donabedian (1980) preconiza que quanto maior a atenção, o bem estar e o cuidado, maiores são as melhorias na saúde do usuário, diminuindo, portanto, o tempo médio de permanência de internação. Isto por sua vez, reduziria os riscos e custos, aumentando os ganhos e diminuindo as perdas que acompanham o processo do cuidado.

Sendo assim, o dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem, a capacitação permanente dos profissionais que prestam cuidados ao usuário, o uso dos protocolos existentes para orientar o atendimento e a assistência aos usuários, e o bom funcionamento do sistema de referência e contra-referência influenciam para o menor TMP na clínica médica, e no hospital em geral. Enquanto que, o maior TMP influencia o maior tempo médio de espera na emergência para internação, pela falta de leitos disponíveis e, portanto, determina menor rendimento de leitos e menor oferta de leitos para internação.

4.3.2 Taxa de hospitais com e sem protocolos

Os protocolos e registros são importantes e necessários para o desenvolvimento da assistência de qualidade e para a avaliação dos processos assistenciais e administrativos realizados nas organizações de saúde. Porém, formalmente, ainda não fazem parte do rol de indicadores hospitalares, portanto não tendo na literatura parâmetros para comparação. Dessa forma foi estabelecido nesta pesquisa que todos os hospitais deverão apresentar pelo menos um protocolo, seja assistencial ou administrativo.

A taxa de hospitais públicos baianos com e sem protocolos foi calculada através da relação entre o número de hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático ou terceirizado com ou sem protocolo dividido pelo número total de hospitais com o mesmo tipo de gestão. A existência ou não de protocolos para orientar o atendimento e a assistência reflete a preocupação das organizações hospitalares de saúde com a qualidade dos serviços que prestam a população, porque o protocolo recomenda a uniformidade, no atendimento e na assistência, baseada em princípios de qualidade.

Nesta pesquisa, a análise dos resultados referentes à esse indicador, revela que nos

hospitais com modelo terceirizado de gestão, 6 (75%) dos entrevistados responderam que têm protocolos e 2 (25%) dos entrevistados responderam que não. Já nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático, 9 (82%) entrevistados responderam que não tem protocolos e 2 (18%) responderam que sim (Tabela 9).

MODELO DE GESTÃO	TAXA DE HOSPITAIS COM E SEM PROTOCOLOS					
	sim		não		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%		
Tradicional/ Burocrático	2	18%	9	82%	11	100%
Terceirizado	6	75%	2	18%	8	100%
TOTAL GERAL	8	42%	11	58%	19	100%

Tabela 9 – Taxa de hospitais com e sem protocolos, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Apesar dos esforços empreendidos pelos órgãos competentes na elaboração de Manuais e Padrões de Qualidade, discutidos no primeiro capítulo deste estudo, estes resultados permitem concluir que a maioria dos hospitais públicos baianos com modelo de gestão tradicional/burocrático não têm protocolos. Logo, os hospitais com gestão terceirizada têm maior preocupação com a padronização dos seus procedimentos do que os hospitais com gestão burocrática.

Assim, para o indicador taxa de hospitais com e sem protocolos, os hospitais com modelo de gestão terceirizado apresentam maior organização dos seus processos, o que pode reduzir custo e elevar a qualidade.

Entretanto, pode ser observado, também, que do total de hospitais apenas 42% tem protocolos e a maioria, 58% não tem nenhum tipo de protocolo, contrariando a taxa de 100% afirmativo estabelecido anteriormente, e demonstrando a necessidade de trabalhar mais

em busca da qualidade nos serviços de saúde.

4.3.3 Capacitação de funcionários e empregados

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado para composição do primeiro capítulo deste trabalho, a capacitação permanente dos profissionais de saúde foi citada como um fator primordial pelos autores que discutem a avaliação da qualidade em serviços de saúde.

As organizações hospitalares se caracterizam por um número muito grande de categorias profissionais técnicas de nível superior (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos) e de nível médio (auxiliares/técnicos de enfermagem, de bio-imagem, de laboratório, de higienização e de lavanderia), e categorias de profissionais administrativos de nível superior e médio (diretor, secretárias, administradores, contadores e seus auxiliares administrativos, além de físicos, arquitetos, engenheiros, economistas e advogados).

Esse fator, somado a dinâmica das atividades desenvolvidas por tais profissionais, ajuda a entender a grande complexidade dessas organizações e a necessidade de treinamento permanente, seja técnico, administrativo e comportamental.

O indicador específico para a análise da capacitação de funcionários e empregados dos hospitais pesquisados, utilizou a seguinte operação: número de pessoas treinadas nos hospitais com modelo de gestão burocrático ou terceirizado, dividido pelo número total de funcionários/empregados dos mesmos hospitais.

Dos diretores dos hospitais que não responderam a pergunta, 54% eram de

hospitais com administração tradicional/burocrática e 13% de hospitais com modelo de gestão terceirizado. A partir das respostas dos entrevistados, conclui-se que os hospitais com gestão tradicional/burocrática teve 28,6% do seu pessoal treinado, em 2003, contra 71,4% de pessoal sem treinamento. Nos hospitais terceirizados, também, apenas 17,7% do seu pessoal teve algum treinamento em 2003 e 82,3% não tiveram treinamento (Tabela 10).

MODELO DE GESTÃO	CAPACITAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS E EMPREGADOS					
	Pessoal treinado		Pessoal sem treinam.		Nº total funcionários.	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Tradicional/ Burocrático	28,56	1118	71,44	2796	100	3914
Terceirizado	17,66	234	82,34	1091	100	1325
TOTAL	25,81	1352	74,19	3887	100	5239

Tabela 10 – Capacitação de funcionários e empregados, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

O documento base da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em junho de 2005, relata que desde 1993 na II Conferência Nacional de Recursos Humanos em saúde foi analisada a relação entre o processo de implementação do SUS com a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, surgindo daí a proposta de obrigatoriedade das organizações públicas e privadas, contratadas ou conveniadas pelo SUS, desenvolverem planos de formação e de desenvolvimento para seus trabalhadores (Brasil, 2005).

Dessa forma, todos os hospitais deveriam ter oferecido à grande maioria dos seus profissionais treinamentos condizentes com suas atividades. Pela ausência de indicadores objetivos relativos a dados quantitativos para capacitação de funcionários e empregados e considerando as afirmações acima, fica aceitável, nesta pesquisa, um percentual de 50% de

profissionais treinados nos hospitais, em qualquer especialidade.

Isto comprova o baixo índice de treinamento dos profissionais dado pelas organizações hospitalares da Bahia, e indica que os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático investiram, um pouco mais, em treinamento do seu pessoal, do que os hospitais terceirizados.

Para ter qualidade nos processos que realiza, é importante que os hospitais programem, continuamente, a capacitação dos seus profissionais, com objetivo de desenvolver o potencial pessoal e profissional dos seus funcionários e empregados, o que nos hospitais pesquisados não se constitui real prioridade.

Porém, o que se observa na prática é que essas organizações empregam bons profissionais técnicos, especialistas muito hábeis nas suas práticas, que mantêm a qualidade, mesmo que restrita, do atendimento e da assistência prestada aos usuários. Entretanto, isso leva a crer que como os hospitais não estão oferecendo treinamentos, os profissionais podem estar se capacitando por conta própria.

A capacitação dos profissionais leva-os ao bom desenvolvimento das suas ações diante à saúde dos usuários, podendo influenciar o maior ou menor TMP do paciente na unidade de internação e o rendimento maior ou menor de leitos de internação. Com isso, provavelmente podendo influenciar na qualidade dos resultados como a oferta de leitos e de internações e o tempo médio de espera na emergência para internação.

Concluindo, quanto ao indicador geral sobre a qualidade dos processos dos hospitais públicos baianos, observa-se que os hospitais com gestão terceirizada apresentam melhor resultado, tendo menor TMP dos usuários e maior taxa de protocolos, enquanto os hospitais com gestão tradicional/burocrática apenas foi melhor no item de capacitação dos funcionários e empregados. Assim, os hospitais com gestão terceirizada têm melhor qualidade

dos processos do que os hospitais com gestão tradicional/burocrática.

4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS RESULTADOS DOS HOSPITAIS

Baseado nos estudos de Donabedian, a análise do indicador relativo a qualidade dos resultados pode revelar se a qualidade da estrutura e dos processos interferem na qualidade dos resultados e, também, pode demonstrar a eficácia e a efetividade dos hospitais selecionados.

Para avaliar a qualidade dos resultados, especificamente no que se refere à oferta de leitos e de internações dos serviços de internação hospitalar, o traçador utilizado foi a internação em clínica médica, por motivos anteriormente explicitados na metodologia.

4.4.1 Oferta de leitos de clínica médica

O indicador utilizado traduz a relação entre o número de leitos de clínica médica nos hospitais burocráticos ou terceirizados dividido pelo número total de leitos de internação neste setor em todos os hospitais, no ano de 2003.

O resultado revelou que os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático possuem um total de 330 (78%) leitos em clínica médica e que os hospitais com modelo de gestão terceirizado possuem um total de 94 (22%) leitos em clínica médica (Tabela 11). Além disso, que essas organizações, juntas, disponibilizam para a população do Estado baiano 424 leitos de internação em clínica médica.

MODELO DE GESTÃO	OFERTA DE LEITOS EM CLÍNICA MÉDICA	
	Nº leitos	%
Tradicional/ Burocrático	330	78
Terceirizada	94	22
TOTAL	424	100

Tabela 11 – Oferta de leitos de clínica médica, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Há que se levar em consideração que 58% dos hospitais públicos são geridos pelo sistema tradicional/burocrático e 42% pelo modelo terceirizado de gestão (Tabelas 1 e 1.1). Isso significa, que o maior número de leitos para internação em clínica médica existente nos hospitais públicos com gestão tradicional/burocrática pode estar relacionado ao menor número de hospitais com gestão terceirizada. Assim como, também, pelo fato dos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático apresentarem maior porte e, conseqüentemente, por serem pólos de atendimento de alta complexidade.

O que se vê na prática é que alguns hospitais regionais não possuem serviços especializados, logo, realiza os primeiros procedimentos e os casos mais graves e específicos são transferidos para hospitais de referência, de maior porte e mais especializados, através do sistema de referência e contra-referência. Esses, geralmente, são organizações cujo modelo gerencial é burocrático.

Assim, o desejável é que os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático tenham maior oferta de leitos em clínica médica, pelo menos 100% ou o dobro, a mais do que os hospitais com modelo de gestão terceirizado.

No geral, a análise do indicador específico de oferta de leitos em clínica médica permite concluir que há maior oferta desses leitos nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático (72%) do que nos hospitais com modelo de gestão terceirizado (22%), estando portanto esse resultado dentro do esperado.

4.4.2 Oferta de internações em clínica médica

O indicador de oferta de internação em clínica médica facilita o processo de acompanhamento da demanda por serviço e especialidade, o conhecimento sobre o perfil assistencial e o planejamento de ações voltadas a estrutura e aos processos dos hospitais.

Sua operação é obtida dividindo-se o número de internações em clínica médica realizadas em hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático ou terceirizado pelo número total das internações de todos os hospitais na clínica médica, no ano de 2004.

Quanto ao número de internações em clínica médica, os dados revelam que, do total de internações ocorridas em 2004 na amostra pesquisada, 7798 (70%) se processaram nos hospitais com gestão tradicional/burocrática e apenas 3303 (30%) das internações em clínica médica ocorreram em hospitais com gestão terceirizada (Tabela 12).

MODELO DE GESTÃO	OFERTA DE INTERNAÇÕES EM CLÍNICA MÉDICA	
	%	Nº internações
Tradicional/ Burocrático	70%	7798
Terceirizada	30%	3303
TOTAL	100%	11101

Tabela 12 - Oferta de internações em clínica médica, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Esse fato pode ser justificado, também, igualmente ao indicador relativo à oferta de leitos: os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático são referências no Estado em assistência à saúde. Na prática, observa-se um congestionamento na unidade de emergência dessas organizações com usuários à espera de leito para internação. Com isso, devido a grande demanda desses hospitais, percebe-se o comprometimento da qualidade da estrutura e dos processos dessas organizações.

Já os hospitais com gestão terceirizada apresentam menor quantidade de internação em clínica médica e, conseqüentemente, menor oferta. Possivelmente isso é conseqüência do menor número de leitos existentes nesses hospitais, nessa especialidade e pela menor demanda a essas organizações, devido a seu menor porte e grau de complexidade quando comprados às organizações com modelo de gestão tradicional/burocrático.

Considerando os resultados dos indicadores específicos para oferta de leitos (Tabela 11) e para oferta de internações (Tabela 12) em clínica médica, foi realizada a avaliação da capacidade de oferta de internação, calculando-se a diferença entre as internações realizadas e programadas. O número de internações programadas significa a capacidade instalada dos hospitais, ou seja, a capacidade de oferta de internações em clínica médica.

Para avaliar a capacidade de oferta de internação foram utilizados, também, o TMP apresentado pelos hospitais conforme o modelo de gestão (Tabela 8). Para o cálculo do percentual de ociosidade dos leitos foi considerado uma taxa de ocupação de 80%, conforme padrão do Ministério da Saúde. Os resultados revelam que a capacidade de oferta de internações é maior do que o realizado e que a taxa de ociosidade não apresenta diferença relevante entre os modelos tradicional/burocrático e terceirizado de gestão (Tabela 12.1).

MODELO DE GESTÃO	OFERTA DE LEITOS E INTERNAÇÕES EM CLÍNICA MÉDICA		CAPACIDADE DE OFERTA DE INTERNAÇÃO		
	No. de leitos (A)	Nº internações realizadas (B)	Nº de internações programadas (C)	Diferença entre Internações programadas e realizadas (C-B)	% de ociosidade
Tradicional/ Burocrático	330	7798	11880	4082	34,3%
Terceirizada	94	3303	4993	1690	33,8%
TOTAL	424	11101	21092	5772	27,4%

Tabela 12.1 – Avaliação da capacidade de oferta de internações em clínica médica, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Assim, pode-se concluir que os hospitais, independente do seu modelo de gestão, estão internando menos (27,4%) do que a sua capacidade. E que apesar da grande demanda, observada na prática, especialmente dos hospitais com gestão tradicional/burocrática, eles mantêm índices relevantes de ociosidade de leitos para internação. As causas dessa ociosidade merecem outro estudo avaliativo.

4.4.3 Tempo médio de espera na emergência para internação

Para responder ao indicador do tempo médio de permanência na emergência para internação foi coletada a pergunta semi-aberta, do Questionário de Pesquisa (APÊNDICE B), respondida pelos gestores dos hospitais pesquisados.

Depois do atendimento na emergência, o paciente pode sair do hospital por alta ou óbito, ou ser transferido para outra unidade hospitalar ou para um leito de internação no mesmo hospital. Em relação à internação um tempo de espera maior que 24 horas na

emergência pode significar baixa oferta de leitos. E, ainda, pode ser influenciada pela qualidade da estrutura e do processo, pela qualidade da estrutura, no que se refere ao rendimento de leitos de internação e ao sistema de referência e conta-referência, e à qualidade dos processos, mais diretamente pelo menor ou maior Tempo Médio de Permanência (TMP) do paciente internado.

Na prática pode-se observar que o rendimento dos leitos e o TMP se relacionam inversamente, ou seja, um maior rendimento de leitos pode ter como causa um menor TMP do usuário internado, ou vice-versa. O tempo médio de espera na emergência para internação pode estar relacionado com as condições clínicas do paciente ou as intercorrências do processo administrativo, como por exemplo a demora na disponibilização do leito causada pela falta ou retardo de higienização.

Dos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático, 4 afirmaram ter um tempo médio de espera na emergência para internação de menos de 24 horas; 5, entre 24 a 72 horas e 2 hospitais apresentaram índice acima de 72 horas de espera. Já dos 8 hospitais com modelo de gestão terceirizado, 7 afirmaram ter o tempo médio de espera na emergência para internação menor que 24 horas e 1 hospital não possui emergência (Tabela 13).

MODELO DE GESTÃO	TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA INTERNAÇÃO				
	- 24 hs	24 a 72 hs	Acima 72 hs	Hospitais que não tem emergência	TOTAL DA AMOSTRA
Tradicional/ Burocrático n° hospitais	4	5	2	-	11
%	36,36	45,45	18,18	-	100%
Terceirizada N° hospitais	7	0	0	1	8
%	87,50	-	-	12,50	100%
TOTAL GERAL N°	11	5	2	1	19
%	57,9%	26,3%	10,5%	5,3%	100%

Tabela 13 – Tempo médio de espera na emergência para internação, Bahia, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004.

Com isto, conclui-se que nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático predominou o tempo de espera na emergência para internação maior que 24 horas. Já nos hospitais com modelo de gestão terceirizado, o tempo de espera para internação foi menor que 24 horas. Isso pode ser explicado, mais uma vez, pela alta demanda existente dos hospitais com gestão tradicional/burocrática, por serem referências no atendimento à população. Essa demanda pode ser espontânea (o usuário vai diretamente procurar esse serviço de saúde) ou programada (pelo sistema de referência e contra-referência).

O menor tempo médio de espera na emergência para internação, nos hospitais públicos terceirizados, pode ser devido a prática desses hospitais em referenciar os usuários portadores de diagnóstico mais especializado ou grave para os hospitais maiores e mais habilitados para esse tipo de assistência, os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático.

Entretanto, considerando os dados obtidos, os hospitais terceirizados apresentaram melhor resultado neste último indicador específico, relativo ao tempo médio de espera na emergência para internação.

De modo geral, as organizações hospitalares com gestão terceirizada apresentam melhores índices de qualidade no que se refere a sua estrutura, aos seus processos e aos seus resultados.

No entanto, por este estudo ser de caráter avaliativo e conforme discutido no segundo capítulo, que a avaliação deve considerar o contexto existente, no caso, a diferença de atendimento por porte e complexidade dos hospitais, é que não se pode simplesmente inferir que os hospitais terceirizados têm melhor qualidade, dado que não houve diferença relevante na avaliação da capacidade de oferta e a taxa de ociosidade de leitos para internação foi praticamente igual, nos hospitais com distintos modelos de gestão.

Assim, pode-se afirmar que os hospitais com gestão terceirizadas têm melhor qualidade de estrutura e processos, mas que esses aspectos pouco influenciaram na qualidade dos resultados.

Outro aspecto importante, para responder ao objetivo desta pesquisa, foi observado na análise dos resultados: é a estreita relação existente entre os aspectos de qualidade, e desses com o modelo de gestão adotado pelos hospitais públicos baianos.

Assim, observa-se que uns influenciam os outros e dessa forma estão determinando a qualidade, especialmente no que se refere à estrutura e aos processos das organizações hospitalares. Observa-se, também, que o modelo de gestão adotado pelos hospitais públicos baianos influencia na qualidade dos seus serviços de internação em clínica médica, especialmente no que diz respeito à qualidade da estrutura e dos processos, mas pouco influencia a qualidade dos resultados. Dessa forma, baseado nas discussões sobre qualidade, pode-se concluir que estes hospitais não são eficazes, nem efetivos.

Foi possível perceber que mais da metade dos hospitais têm desempenho precário em questões consideradas básicas no que diz respeito à qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados. Entretanto, se faz necessário estimular os gestores hospitalares a investirem em ações que possam melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados, proporcionando atendimento integral ao usuário. Uma dessas ações é a avaliação sistemática da qualidade.

O usuário precisa se sentir seguro e acolhido no atendimento e não apenas ser tratado como um número a mais em uma fila pessoal. Sabe-se que a rede hospitalar caracteriza-se pela existência de estabelecimento de saúde bastante heterogêneos do ponto de vista de complexidade de serviços e de categorias profissionais, não atendendo a maior parte das necessidades de saúde da população. Existe uma grande concentração de recursos

financeiro e de pessoal em hospitais de médio e grande porte, próximos aos centros urbanos, levando à precarização do sistema de saúde nas regiões menores e mais distantes da capital.

Apesar da existência de programas de qualidade e avaliação da qualidade para os serviços de saúde, quando se trata de avaliação, na perspectiva gerencial, não existe consenso quanto ao melhor sistema e quais os indicadores que levariam aos resultados que aproximem o mundo assistencial e o gerencial nos serviços hospitalares.

Conforme demonstra estudos de entidades e pesquisadores da área de saúde, hoje não é possível falar em qualidade hospitalar sem se pensar na utilização de indicadores para avaliação, o que significa monitorar a oferta e a efetividade dos seus serviços.

A exigência da população e o papel essencial da saúde no desenvolvimento de uma nação não permitem que as organizações de saúde sejam só ambientes de atendimento de eventos agudos emergenciais. Devem oferecer tratamentos terapêuticos, recursos tecnológicos atualizados e compatíveis com as necessidades dos usuários, estrutura arquitetônica que acolha bem os usuários, profissionais capacitados para o cuidado ao paciente e gestores profissionalizados para organizar todos esses aspectos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento tecnológico intensificado no setor de saúde e o aumento da expectativa de vida da população têm contribuído para as mudanças no ambiente hospitalar, elevando ainda mais a sua complexidade. Estas organizações se especializam cada vez mais e utilizam métodos mais sofisticados e caros para chegar a um diagnóstico mais acertado e a um tratamento mais adequado dos problemas de saúde da população.

O hospital, como toda organização de saúde, apresenta características próprias decorrentes de sua finalidade, que é o atendimento eficiente às necessidades dos usuários. Sua existência está, de forma estrita, ligada ao paciente e, assim, todo esforço deverá ser desenvolvido no sentido de que ele possa desempenhar com maior eficiência essa função

O usuário, por sua vez, deve ser considerado como um todo indivisível, com personalidade própria e influenciado por um contexto físico, mental e sócio-econômico, além de possuir hábitos próprios de vida. Assim, o indivíduo é composto por um conjunto harmônico de aspectos que, em diferentes momentos, podem se desequilibrar e agir sobre suas condições patológicas. Essa nova situação pode levá-lo a uma organização de saúde para tratamento. Por isso é necessário que os hospitais, organizações de saúde mais demandadas para o atendimento dos problemas de saúde, se organizem, no sentido de prestar um bom atendimento e uma assistência de qualidade aos usuários.

Para isso os gestores das organizações hospitalares precisam ser profissionalizados para adotar medidas estratégicas, visando à otimização dos recursos, redução de custos e aumento da qualidade dos serviços prestados aos usuários. No que se

refere à qualidade, existe um instrumento fundamental para o seu sucesso, que é a sua avaliação.

O que se observa é que a avaliação da qualidade em serviços de saúde, quando bem delimitada e bem conduzida dentro de uma organização, pode obter benefícios para os usuários, para a equipe de saúde, para a organização e para o sistema de saúde.

Ainda são escassos os parâmetros para a avaliação da qualidade nos serviços de saúde, especialmente nas organizações públicas, pois são caracterizadas por carência de recursos humanos capacitados, recursos financeiros e por sucateamento da estrutura física, além de não dispor de um sistema de informações organizado, necessário ao processo avaliativo. Também são escassos os padrões, as referências e os indicadores de qualidade. Os indicadores existentes são índices negativos como taxa de mortalidade e taxa de infecção, dentre outros. Aspectos como informação básica, a existência de protocolos, capacitação e dimensionamento de pessoal e a existência de um sistema de referência e contra-referência ainda são aspectos não avaliados pelas organizações hospitalares baianas.

Neste trabalho abordou-se aspectos relativos a avaliação da qualidade nos serviços de saúde na perspectiva dos modelos de gestão burocrático e terceirizado, por serem esses os modelos adotados nos hospitais públicos baianos.

Na revisão de literatura sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde foram discutidas algumas definições acerca do tema e algumas metodologias desse processo. Porém, a metodologia utilizada para embasar esta pesquisa foi o modelo proposto por Donabedian (1980), que apresenta a tríade da avaliação pautada nas dimensões referentes a estrutura, processo e resultado.

Contudo, no decorrer deste estudo, observou-se que este modelo de avaliação, apesar de muito útil e utilizado nas organizações de saúde não considera o contexto em que está essas organizações inseridas, e por isso não foi suficiente para explicar a realidade estudada, caracterizada pela existência de diferentes modelos de gestão e caracterização dos hospitais como o porte e a complexidade.

No capítulo sobre modelos de gestão foram discutidas as principais características apresentadas por organizações com modelo de gestão tradicional/burocrático e terceirizado. Além de abordar algumas definições acerca do assunto, foram discutidos aspectos referentes ao contexto histórico, político, social, econômico, ético e legal presentes no desenvolvimento dessas modalidades de gestão, com ênfase na Reforma do Estado, de 1995.

Na metodologia é descrito o tipo de estudo, o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C), os indicadores utilizados na avaliação e o processo de análise. Os dados receberam tratamento estatístico e embasaram os resultados obtidos. De um universo de 43 hospitais públicos na Bahia, foi selecionada uma amostra de 19 hospitais. Destes, 11 têm modelo de gestão tradicional/burocrático e 8 têm modelo de gestão terceirizado. Os dados obtidos na pesquisa de campo, referentes à avaliação da qualidade, foram cruzados com o modelo de gestão adotado pelos hospitais.

Os resultados revelaram a estreita relação existente entre as dimensões da qualidade, e as diferentes influências que sofrem do modelo de gestão adotado pelos hospitais. Com relação à qualidade dos resultados, especialmente no que se refere a capacidade de oferta, os hospitais não apresentam relevantes diferenças. Daí conclui-se que a qualidade da estrutura e do processo, e o modelo de gestão adotado pouco influenciam na qualidade dos resultados. Logo, assim como afirma Donabedian, uma boa estrutura e bons processos não garantem bons resultados.

Em tese, isso significa maior capacidade de oferta nos hospitais de gestão tradicional/burocrática. Porém, neste estudo foi identificado um limitante para esta análise, que é o fato desses hospitais serem os de maior porte, ou seja, terem mais números de leitos e conseqüentemente maior número de internações realizadas. Esses aspectos determinam a característica desses hospitais em atender casos de alta complexidade, tornando-os referência estadual para este tipo de assistência.

Com relação a avaliação da **qualidade da estrutura**, os hospitais terceirizados tiveram os melhores resultados nos aspectos explorados: dimensionamento de pessoal de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), taxa de hospitais com sistema de referência e contra-referência e rendimentos de leitos para internação em clínica médica.

No que se refere ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, os hospitais com gestão tradicional/burocrática apresentaram uma relação superior de enfermeiros/leito, quando comparados com os hospitais com gestão terceirizada. Com relação ao dimensionamento de auxiliares/técnicos de enfermagem a relação foi igual para os dois modelos. Apesar disso é visível a carência de profissionais tanto nos hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático, quanto nos hospitais com modelo de gestão terceirizado, podendo comprometer a qualidade da assistência hospitalar prestada aos usuários. Isso pode significar um reflexo da Reforma do Estado sobre os serviços hospitalares, dado que as atividades fins também são terceirizadas, não havendo concurso público para ingresso nas carreiras de médico, enfermeiro, fisioterapeutas, etc.

Os dados revelam que existe menor número de enfermeiros nos hospitais com modelo de gestão terceirizado. Como os profissionais de enfermagem desenvolvem suas atividades em caráter ininterrupto, voltadas para o cuidado ao usuário, isso pode contribuir

para a má qualidade da assistência prestada. Por este indicador, pode-se concluir, que os hospitais com gestão tradicional/burocrática têm mais condições de prestar uma melhor qualidade de assistência de enfermagem do que os de gestão terceirizada.

O sistema de referência e contra-referência existe em todos os hospitais com gestão terceirizada. Isso se explica pelo fato desses hospitais atenderem os casos de menor complexidade, tendo que referenciar os casos mais graves e especializados para os hospitais de maior porte e de alta complexidade, os hospitais com modelo de gestão tradicional/burocrático. Possivelmente, pelo mesmo motivo, 8 destes hospitais afirmaram que possuem o sistema de referência e contra-referência, e 3 referiram não possuir. Confirmando a característica de ser referência, na rede de saúde baiana, para atendimento hospitalar especializado.

O rendimento dos leitos de internação em clínica médica também apresentou melhores resultados nos hospitais com gestão terceirizada, do que nas organizações hospitalares com gestão tradicional/burocrática. Isso é determinado por vários aspectos: como explicado anteriormente, esses hospitais utilizam o sistema de referência e contra-referência para os casos mais graves, portanto os casos que demandam maior tempo de internação. E assumem o atendimento dos casos menos complexos, portanto, os que demandam menor tempo de internação. Dessa forma pode-se concluir que o TMP é o principal fator de influência sobre o rendimento de leitos. Outro aspecto a ser considerado é a maior qualidade assistencial desses hospitais, pois, como visto, têm mais profissionais de enfermagem do que os hospitais com gestão tradicional/burocrática. Melhor assistência, geralmente reflete um menor TMP.

Para avaliar a **qualidade dos processos** dos hospitais, foram analisados os seguintes indicadores específicos: Tempo Médio de Permanência do usuário internado, taxa

de hospitais com e sem protocolos para direcionar o atendimento ao usuário e capacitação dos funcionários e empregados desses hospitais.

Novamente os hospitais com modelo de gestão terceirizado obtiveram os melhores resultados, apontando que têm mais qualidade no que se refere a estrutura e aos processos do atendimento e a assistência aos usuários da rede hospitalar do SUS, no estado da Bahia.

O TMP foi menor nos hospitais com gestão terceirizada. Isso pode ser explicado, mais uma vez, pelo perfil desses hospitais de atendimento de menor complexidade. O usuário que tem um diagnóstico mais simples, geralmente permanece menos tempo internado. Estes hospitais também referiram ter mais protocolos do que os hospitais com gestão tradicional/burocrática, portanto, possivelmente, têm maior organização nos seus processos. Esta é uma característica determinante para a existência e o uso adequado dos registros, que geram informações e formam um banco de dados importante para a avaliação sistemática da qualidade dos seus serviços. Na coleta de dados, pode-se observar que os hospitais terceirizados tinham informações mais acessíveis, além do fato de apresentarem um quadro maior de profissionais de enfermagem.

Quanto a existência de protocolos, os hospitais com modelo de gestão terceirizado apresentaram melhores índices do que os hospitais com gestão tradicional/burocrática. O que permite inferir que os primeiros têm melhor organização nos seus processos e se preocupam com a eficácia, dado que o atendimento e a assistência prestados com a orientação de protocolos levam a redução de custo e uma melhor qualidade dos processos.

Entretanto, no item sobre capacitação de funcionários e empregados, pode-se concluir que os hospitais com gestão tradicional/burocrática têm mais funcionários treinados

do que os hospitais com gestão terceirizada. Os treinamentos contínuos são determinantes de uma melhor assistência por qualificar, atualizar e valorizar os profissionais. Portanto, este indicador é necessário para todo programa de qualidade.

No que se refere ao último indicador geral para a avaliação da **qualidade dos resultados**, foi analisado a oferta de leitos e de internações em clínica médica e a capacidade de oferta e o tempo médio de espera na emergência para internação. Novamente os hospitais com gestão terceirizada apresentaram melhores índices.

Para a oferta de leitos e a oferta de internações em clínica médica os números revelaram que, em tese, os maiores índices eram dos hospitais com gestão tradicional/burocrática. Porém deve-se considerar o perfil dos hospitais para buscar melhor interpretação dos dados obtidos. Assim concluiu-se com os cálculos para a capacidade de oferta que não existem diferenças relevantes entre os dois modelos de gestão dos hospitais. Portanto, pelo seu porte e grau de complexidade, os hospitais com gestão tradicional/burocrática apresentam melhores resultados, e os melhores índices dos hospitais terceirizados quanto sua estrutura e seus processos não garantem melhores resultados.

O tempo médio de espera na emergência para internação revelou que as organizações menos complexas e de menor porte, os hospitais com modelo de gestão terceirizado, têm menor tempo de espera. Já os hospitais de maior porte e maior complexidade, com modelo de gestão tradicional/burocrática, apresentaram maior tempo de espera.

Dessa forma, de acordo com os indicadores gerais analisados pode-se concluir que:

a) A estrutura, os processos e os resultados são dimensões da avaliação da qualidade interligadas na prestação de serviços de saúde, portanto, corroborando com os estudos de Donabedian. Contudo, observou-se que estas dimensões são insuficientes para a avaliação da qualidade, pois não consideram o contexto, como por exemplo o porte dos hospitais e a complexidade de atendimento prestado.

b) Que o modelo de gestão interfere diferentemente na avaliação da qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados dos hospitais. Os hospitais públicos baianos, com modelo de gestão terceirizado, apresentaram maior número de indicadores positivos na avaliação da qualidade referente a estrutura, aos processos e aos resultados do que os com modelo tradicional/burocrático de gestão. Porém, na avaliação do indicador de resultado, os hospitais com modelo tradicional/burocrático de gestão apresentaram maior capacidade de oferta de leitos. Isso pode não estar relacionado ao modelo de gestão, mas à sua complexidade e porte.

c) A capacidade de oferta de leitos de internação em clínica médica está mais relacionada ao porte e complexidade do hospital do que com fatores relativos à qualidade da estrutura e do processo.

d) A análise comparativa entre os modelos de gestão terceirizados e os tradicionais/burocráticos indica que, apesar dos hospitais terceirizados apresentarem maior número de indicadores positivos no que se refere a estrutura, processo e resultado, estas diferenças não são expressivas, ou seja, são pequenas desde quando se esperava que a terceirização demonstrasse índices muito melhores de qualidade, conforme abordado no capítulo 2.

Independente do modelo de gestão adotado pelas suas organizações, o poder público é o responsável pela garantia do acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde com garantia de acesso e qualidade, garantindo a universalidade e a equidade na prestação de serviço de saúde. Porém, na análise dos dados podemos perceber que no estado da Bahia ainda existe dificuldade na garantia deste acesso.

Mudar o modelo de gestão de tradicional/burocrático para terceirizado não significa, necessariamente, melhorar a qualidade dos serviços. Certamente no contexto da Reforma do Estado e da adoção de novas práticas gerenciais, o discurso de melhoria da qualidade pode estar servindo para reduzir o acesso, mediante redução da oferta de leitos nos hospitais com modelo de gestão burocrático, dado que estes atendem casos de maior gravidade, com maior tempo de permanência e com maior custo.

Os hospitais com modelo de gestão terceirizado, apesar de apresentarem melhores indicadores de qualidade de estrutura e de processo, não possuem maior capacidade de oferta de leitos. Isso leva a concluir que no contexto estudado, caracterizado pela baixa resolubilidade da rede básica de serviços de saúde, os fatores da qualidade relativos a estrutura e ao processo não aumentou a capacidade de oferta de leitos.

Durante a coleta e análise dos dados podemos perceber que o estrangulamento maior no sistema de saúde baiano, não é pela falta de capacidade técnica para a assistência, mas gerencial, não existindo uma visão sistêmica de que é preciso um mínimo de organização, com rotinas e protocolos estabelecidos para que os serviços funcionem sem desperdícios, duplicidade de ações e dispersão de recursos, dentro uma visão ética e social do direito de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Outro aspecto observado que interfere no agir da administração pública é a descontinuidade administrativa do gestor, trazendo prejuízos como sucateamento, mudança de diretrizes e admissão/demissão de pessoal por clientelismo.

Dentre os limites deste trabalho encontra-se a falta de indicadores e parâmetros para que se possa mensurar com fidelidade a qualidade da assistência e do atendimento dos serviços de saúde. Além disso, destaca-se a inconsistência dos dados existentes nos hospitais pesquisados e as dificuldades de obtê-los, apesar do apoio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). As informações referentes a custos não foram disponibilizadas pelos hospitais terceirizados. A partir destes limites, algumas recomendações são apresentadas:

a) Embora embasado no referencial teórico de Donabedian (1980), que utiliza a tríade estrutura, processo e resultado, este trabalho apresenta o modelo de gestão, assim como a caracterização dos hospitais pelo porte e complexidade, como aspectos a serem incorporados na avaliação da qualidade em saúde, dado que, a depender do modelo de gestão adotado, do porte dos hospitais e da complexidade do atendimento ofertado, pode-se ter diferentes estruturas e processos e, conseqüentemente, diferentes resultados.

b) Aperfeiçoar este trabalho realizando pesquisas para comparar a relação custo benefício dos dois modelos de gestão.

c) Aprofundar estudos para definir padrões e indicadores de avaliação da qualidade.

d) Valorizar os sistemas de informação em saúde. As organizações de saúde acompanham seus pacientes através dos seus prontuários, instrumento legal, de ensino e de pesquisa. Sem um sistema de informação confiável é impossível realizar avaliação sistemática

da qualidade dos serviços.

e) Investir nos hospitais públicos baianos no que se refere a atualização tecnológica e dos recursos humanos, profissionalização da gestão, mão de obra suficiente e devidamente remunerada para que estes sejam mais efetivos, eficazes e eficientes, tendo o SUS uma infra-estrutura para prestar uma assistência de qualidade.

O Sistema Único de Saúde compõe-se como uma rede, que deve funcionar de forma descentralizada, organizada e hierarquizada. Assim, ao mudar o modelo de gestão de determinadas unidades (os hospitais de baixa e média complexidade), não se fortalece na sua capacidade de oferta de leitos e no acesso a internação em leitos de clínica médica.

O princípio da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, autoriza os tomadores de decisões a adotarem diferentes modelos de gestão. Assim, no contexto da Reforma do Estado de 1995, põe-se em prática, no setor saúde, o modelo de gestão terceirizada, não apenas para atividades meio, mas para atividades fins e para o comando dos hospitais.

Porém, para se gerenciar é preciso ter o exercício do poder, quer este seja exercido de forma democrática ou autoritária. Na administração pública é preciso obedecer aos aspectos da legislação, o que pode levar a não agir de maneira rápida e eficaz tanto quanto na administração privada. Contudo, isso não significa que a administração pública precisa ser privatizada, pois conforme comprovado na análise deste trabalho não houve, efetivamente, melhor qualidade de resultados nos hospitais de gestão terceirizada do que nos hospitais com gestão tradicional/burocrática.

Além disso, pelas especificidades da organização hospitalar, como a grande

dependência de mão de obra especializada, funcionamento contínuo, a da incorporação de tecnologia não reduzir os custos e diferentes processos de produção, a terceirização muda as relações de trabalho. Intensifica a precarização, dado que os trabalhadores ingressam no serviço sem concurso e passam a ter contratos regidos pela Consolidação de Leis Trabalhistas como o setor privado ou mesmo contratos temporários de trabalho (prestação de serviços).

Isto significa que a mão de obra especializada é submetida às mesmas relações dos trabalhadores com menor escolaridade. Trata-se de um serviço dependente de mão-de-obra especializada e se a terceirização retira desses trabalhadores benefícios trabalhistas antes conquistados, manter a qualidade de todos os serviços prestados pelo SUS, constitui-se um desafio a ser enfrentado.

REFERÊNCIAS

- ARKEMAN, Marco *et al.* Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável” **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, ano 36, n. 5, p. 638-646, 2002.
- AZEVEDO, Antônio C. de. Perspectivas da qualidade em saúde – QA, TQM e CQI. **Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde**, art. 6, p. 49-55, 1996.
- BARREIRA, Maria Cecília R. *et al.* **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais**. São Paulo: PUC, 2001.
- BARROS, Stella Maria P. F. de. Gerenciamento em saúde – Implicações, tendências e perspectivas para a enfermagem. **Anais do 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. 5ª Sessão Plenária, 1993. p. 93-103.
- BLOOM, B. *et al.* **Handbook on formative and summative evaluation**. New York: Mc Grow Hill Co., 1971.
- BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BRADFIELD, R. B. *et al.* Energy expenditure and heart rate of obese high school girls. **J. Clin. Nutr.**, **24**: 1482-8, 1973.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Empresas Gráficas do Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 20 de setembro de 1990.
- _____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília (DF): 1995. Disponível na Internet em <http://www.planejamento.gov.br>, acessado em 10 jul 05.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania**. Brasília (DF): 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil**. Brasília (DF): 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Padrões de qualidade do atendimento**. Disponível na internet em: <http://www.saude.gov.br>, acessado em 31 de jul. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros**: práticas de trabalho, gestão formação e participação. Brasília (DF): jun. 2005.

CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC**: controle da qualidade total (no estilo japonês). 5. ed. Belo Horizonte: Bloch, 1992.

CASE, J. **Gerenciamento transparente**. Trad. por Bazán. Tecnologia e lingüística. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde**: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. Natal, 1999.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2002.

COFEN. **Resolução 293/2004**. Disponível na internet em: <http://www.coren-rj.org.br>, acessado em: 11 de jan. 2006.

COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 907-923, 2002.

CUT. **Os trabalhadores e a terceirização**: diagnóstico e proposta dos metalúrgicos do ABC. São Paulo: Editora FG, 1993. Série Sindicato dos Metalúrgicos do ABC rumo à unificação.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DONABEDIAN, Avédis. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor, 1980. v.1. (Series: Explorations in quality assessment and monitoring).

_____. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: Copilco, 1991.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. ver. aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, 1838 p.

FREIDSON, E. **The worker-controlled mode**. Disponível na Internet em <http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/temas>, acessado em 05 out 2004.

FREUND, Julien. **Sociologia de Max Weber**. Trad. Luiz Cláudio de Castro e Costa. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987. 210p.

GUBA, E. G. e LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1990.

HARTZ, Zulmira M. A. (Org.) **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 2 reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set. 2001.

MARTINS, Humberto Falcão. Burocracia e a revolução gerencial: a persistência da dicotomia entre política e administração. In: **Revista do serviço público**, ano 48, n. 1, 1997:

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. Trad. Cecília Whitaker Bergamini. São Paulo: Atlas, 1996. 421p.

MOTTA, Fernando C. Prestes; PEREIRA, Luiz Bresser. **Introdução à Organização Burocrática**. 5. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

MATTOS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 2003.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas. 1981

MENDES, Vera Lúcia Peixoto. **Gerenciando qualidade em serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Administração). Salvador (BA): UFBA/Escola de Administração, 1994.

_____. **Inovação Gerencial na Administração Pública: um estudo na esfera municipal no Brasil**. Tese (Doutorado em Administração). Salvador (BA): UFBA/Escola de Administração, 2000.

_____. **Inovação Gerencial em Serviços Públicos de Saúde e Cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Knowledge and innovation in Brazilian health services. In: **Triple Helix 5 Conference**. Italy, 2005. (no prelo)

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando a qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Bloch, 1999.

PARANÁ, Secretaria de Saúde do Paraná. Disponível na Internet em <http://www.sespa.pa.gov.br>, acessado em 30 mai 05.

PEREIRA, L.B. Da Administração Pública à Gerencial. **Revista do Serviço Público**. São Paulo, ano. 47, v. 120, n. 1, p. 7-39, jan./abr.1996.

_____. Reforma da Gestão e Avanço Social em uma Economia Semi-estagnada. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 543-60, jul./ago.2004.

PIERANTONI, Célia Regina, VIANNA, Cid Manso (Orgs.). **Gestão de Sistema de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. 2003.

PRADO, Deildes de Oliveira *et al.* **Manual de normas de auditoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

SANTOS, Sérgio Ribeiro; LACERDA, Maria do Carmo Nunes. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 1, p.43-53, jan./mar. 1999.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação do Processo de Descentralização das Ações de Saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 331-339, 1999.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO C.. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: USP, 2001.

THORNDIKE, R.; HAGEN, E. **Tests y te tecnicas de medicion.** México: Trillas, 1973.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. In: **Ciência & Saúde**, 4(2), 1999.

VALE, Eucléia Gomes. Qualidade nos serviços de saúde. **Anais do 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem.** 2ª Sessão Plenária, 1993. p. 53-60.

VIEIRA, Terezinha Teixeira. **O processo da comunicação na enfermagem.** Salvador: Centro Auditorial e Didático, 1978.

OUTRAS REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ALVAREZ, Manuel S. B. **Terceirização: parceria e qualidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

CARVALHEIRO José R. Qualidade em saúde em tempo de crise. **Divulgação**, n. 7, p. 20-27, maio, 1992.

CHEN, T. H. **Theory-Driven evaluations.** Beverly Hills: Sage, 1990.

DEMING, W. E. **Qualidade: A revolução da administração.** Trad. Clave Comunicações e Recursos Humanos. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

GOUVÊA, C. S. D. de; TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 601-617, 1997.

HALAL, Iná S. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.46, n. 3-4, p. 211-225, jul/dez, Brasília, 1993.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2001.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Pelotas: Educart, 2001.

QUINTO NETO, A. **Processo de acreditação: A busca da qualidade nas organizações de Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

SCHARAIBER, Lílian. Blima; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. In: **Cadernos FUNDAP**, 19: 106-121. 1996.

SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de Responsabilidades entre as esferas de Governo. In: **Gestão de Sistemas de Saúde**.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. Contiene dialogicidad la calidad? Un análisis critico de la calidad total. In: **Reforma y Democracia**, n. 6, p. 185-206, jul. 1996.

YAMARCHI, Nanci Itaomi; MUNHOZ, Cibele Helena Ferrero. Conceitos básicos para um gerenciamento de enfermagem baseado na filosofia da qualidade total. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 47, n. 1, p.50-56, jan./mar. 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre os Modelos de Gestão Adotados pelos Hospitais públicos do Estado da Bahia na perspectiva de implementação do Modelo Assistencial à Saúde, aprovada para financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB e autorizada pela Secretária de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

A sua participação nesta pesquisa é fundamental, porque fornecerá o substrato para aprofundarmos o conhecimento sobre este tema. Contamos com a sua compreensão e colaboração em aceitar participar desta pesquisa assinando o “Termo de Consentimento Informado”, abaixo apresentado.

Para a sua segurança, garantimos que a sua identidade será preservada e as informações prestadas pelo (a) Senhor (a) receberão tratamento coletivo, o que garantirá o sigilo em relação as suas respostas e, portanto, a sua privacidade.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____,

aceito participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

_____, _____ de _____ de 2004

Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

1. (QUESTÃO 7) HOSPITAL

2. (QUESTÃO 19) DIRETOR GERAL – POSSUI FORMAÇÃO ESPECÍFICA NA ÁREA DE ADMINISTRAÇÃO?

não sim

3. (QUESTÃO 36) MODELO DE GESTÃO:

Tradicional/burocrático terceirizado Misto Outro

4. (QUESTÃO 41) EXISTÊNCIA DE PROGRAMA DE QUALIDADE?

não sim

5. (QUESTÃO 43) CARACTERIZAÇÃO DO “MODELO ASSISTENCIAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE” (MAVS). UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

não sim

6. (QUESTÃO 51) MAVS – QUAL(IS) O(OS) TIPO (OS) DE INTERNAÇÃO ADOTADO(OS) PELO HOSPITAL?

Internação eletiva Internação via emergência

6. (QUESTÃO 52) MAVS - TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA INTERNAÇÃO ELETIVA:

Menos de 24 horas De 24 a 72 horas Acima de 72 horas

7. (QUESTÃO 53) MAVS - TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA:

Menos de 24 horas De 24 a 72 horas Acima de 72 horas

8. (QUESTÃO 54) NÚMERO DE AUTORIZAÇÕES PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIHs) EMITIDAS EM 2003:

9. (QUESTÃO 58) TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE INTERNADO POR ESPECIALIDADE (EM DIAS) NA CLÍNICA MÉDICA:

10. (QUESTÃO 60) NÚMERO DE INTERNAÇÕES REALIZADAS EM CLÍNICA MÉDICA EM 2003:

11. (QUESTÃO 73) FORMA DE ACESSO DOS USUÁRIOS:

Demanda espontânea Oferta programada

12. (QUESTÃO 74) EXISTÊNCIA DE PROTOCOLOS PARA ORIENTAR A ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS?

1. sim 2. não

13. (QUESTÃO 75) EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA, OBSERVÂNCIA DOS PROTOCOLOS, PELOS PROFISSIONAIS (O ENTREVISTADOR DEVERÁ FAZER OBSERVAÇÃO DIRETA NO CAMPO).

1. sim 2. não

14. (QUESTÃO 98) QUANTIDADE DE LEITOS NA CLÍNICA MÉDICA EM 2003 (DESCREVER O NÚMERO MÉDIO DE LEITOS POR ANO):

_____.

15. (QUESTÃO 170) CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO. QUAL O TIPO DE SELEÇÃO ADOTADA PELO HOSPITAL? (se houver mais de uma forma de seleção, especificar a predominante)

Concurso público Contrato temporário Cooperativa Outros

16. (QUESTÃO 190) EXISTÊNCIA DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (Plano anual de treinamento e lista de presença de funcionários)?

sim não

17. (QUESTÃO 191) SE SIM QUAL O PREDOMINANTE?

Técnico Gestão/Administrativo Comportamental/Desenvolvimento

18. (QUESTÃO 192) QUANTIDADE DE PESSOAS TREINADAS EM 2003:

_____.

19. NÚMERO DE ENFERMEIRAS EM 2003:

_____.

20. NÚMERO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM 2003:

_____.

21. NÚMERO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM 2003:

_____.

APÊNDICE C

UFBA
EE

CLÁUDIA SILVA MARINHO ANTUNES BARROS
Avaliação da Qualidade dos Hospitais Públicos Baianos
Segundo o Modelo de Gestão

2006