

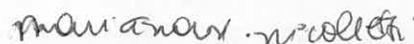
**QUALIDADE EM HOSPITAIS PÚBLICOS  
NO ESTADO DE SÃO PAULO**

**RELATÓRIO FINAL**



---

**De acordo, Ana Maria Malik  
professor orientador**



---

**Mariana Xavier Nicolletti**

QUALIDADE EM HOSPITAIS PÚBLICOS NO ESTADO DE SÃO PAULO  
Quality in São Paulo State Public Hospitals

RESUMO: O trabalho busca identificar a preocupação com qualidade entre gestores e gerentes hospitalares nos hospitais públicos estaduais ligados à Secretaria de Estado da Saúde no Estado de São Paulo. Em caso positivo, quais os motores desta preocupação, a existência de mecanismos formais de incentivo e de implantação, no nível central e no nível local, a existência de indicadores para monitoramentos e os resultados obtidos. Em caso negativo, o que se faz para aprimorar a gestão de serviços e a assistência prestada.

SUMMARY: This project intends to find out whether or not managers and hospital administrators of public hospitals related to São Paulo State Health Department show concern with quality issues. For those that do, the origin of these concerns, actions taken in order to formally stimulate and implement these initiatives, at the central and local levels, utilization of indicators and results obtained. For those that don't, what is being done to improve services management and health services delivery.

Palavras-chave: qualidade em saúde; avaliação em saúde; administração hospitalar; programas de qualidade em hospitais.

Key words: quality in health; evaluation in health; hospital administration; quality programs in hospitals.

LINHA DE PESQUISA: Gestão em saúde

PROJETO: PIBIC. A presente pesquisa se orienta para hospitais públicos. Seus resultados poderão servir para tomadores de decisão em hospitais, no nível central de Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e do Ministério da Saúde, financiadores privados etc.. A partir dos resultados obtidos deverá ser possível avaliar eventuais investimentos, passados e futuros em programas de qualidade, bem como verificar o interesse dos hospitais em se submeter a avaliações.

## PROJETO

### I – Formulação do Problema da Pesquisa

Em 1999 foi realizado com financiamento do NPP um projeto para identificar a presença de programas de qualidade em hospitais no Estado de São Paulo. Seus resultados demonstraram que o conhecimento a respeito do assunto era muito abaixo do esperado e apenas 30% dos hospitais respondentes (50% da amostra) apresentavam alguma iniciativa formal de qualidade. (MALIK, 2000). Naquele momento, foi observado que na amostra, composta de 159 hospitais (19,5% públicos, 37,1% privados filantrópicos, 40,3% privados com finalidade lucrativa e 3,1% universitários), entre os respondentes os públicos representaram 27,8% e entre os não respondentes 6,5%.

Desde 2000 em São Paulo houve algumas mudanças nas características nos hospitais públicos, tanto estaduais quanto municipais, ocorrendo um aumento no número de hospitais de administração indireta e uma diferenciação nas características dos diferentes modelos. Entre os hospitais estaduais apareceu com intensidade a modalidade de hospitais administrados por organizações sociais e no município de São Paulo foram implantadas, a partir do início de 2002, 5 novas autarquias (além da já tradicionalmente existente, no Hospital do Servidor Público Municipal) cuja intenção inicial era de descentralizar a gestão hospitalar, até aquele momento, desde 2000, centralizada no Gabinete do Secretário.

Na vigência destes novos modelos, começaram a aparecer questionamentos, técnicos, políticos e ideológicos, a respeito da sua adequação, considerando-os como eventual privatização da coisa pública, ou como alternativa ao controle e aos mecanismos clássicos de gestão, entre outras críticas apresentadas por diferentes atores. Entre as justificativas das esferas de poder ouvidas estão o aumento na eficiência, no acesso e na qualidade dos serviços prestados. Algumas das dúvidas a respeito da qualidade da gestão e dos serviços continuam as mesmas que sempre foram feitas, em relação a *staffing*, presença e ausência de protocolos, condições de estrutura física, atualização de tecnologia, etc.. Já existem, no entanto, instrumentos de avaliação, interna e externa, pouco difundidos no Brasil na área da saúde em 1999 e desde então mais divulgados, inclusive no setor público.

Em São Paulo, claramente, na EAESP a quantidade de trabalhos produzidos na pós-graduação – linha de pesquisa gestão em saúde – apontam para interesse na área de qualidade e, de forma mais incipiente, de indicadores, com trabalhos teóricos desde os anos 80 até trabalhos aplicados, a partir de 1995 (BASTOS 1993, BARBOSA 1995, MÜLLER 1996, CARÂP 1997, SILVA 1998, MURAHOVSKI, 2000, TERRA, 2000, PATRUS, 2001, RONCATTI 2002, CASTELLANOS 2002). Observa-se aí desde a documentação de diferentes tipos de processos, desde aqueles mais tradicionais, como ISO e acreditação, até pesquisas de satisfação de usuários e de clientes internos. Mais recentemente começam a ter lugar trabalhos que olham para a qualidade e indicadores de maneira mais diluída entre outros aspectos da gestão (CARVALHO, 2002, ESCRIVÃO JUNIOR, 2004, PAES, 2003, QUEIROZ, 2003, TELES, 2003, RIBEIRO 2003)<sup>1</sup>, mostrando que o assunto já se insere de forma mais natural na atividade de administração de serviços de saúde.

Este mesmo tipo de esforço já inseriu a EAESP, por meio do GV-Consult, em uma série de licitações internacionais, como foi o projeto REFORSUS, onde tanto no que diz respeito ao projeto de Modernização Administrativa de Grandes Estabelecimentos, direcionado a hospitais, quanto no projeto de Fortalecimento de Secretarias de Saúde, encontrava-se atividades explicitamente voltadas à qualidade e à avaliação. Com isto, a EAESP teve e oportunidade de participar da sensibilização para a melhoria de qualidade na gestão e na assistência em 13 hospitais públicos no Brasil, nas regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste, e Norte, além de uma incursão num município da região metropolitana da Grande São Paulo. Além disso, no projeto de Centros Colaboradores do Ministério da Saúde, que lidou com 60 hospitais ligados ao SUS, de praticamente todos os estados, o grupo de pesquisa da EAESP teve importante papel na avaliação externa, inclusive seguindo, mais uma vez, os esforços de aprimoramento de gestão e assistência. Boa parte destes esforços, pelo menos daqueles voltados à qualidade hospitalar, têm sido divulgados em Congressos nacionais e internacionais (CASTELLANOS et alii, 2002; MALIK et alii, 2003 a, MALIK et alii, 2003b; CASTELLANOS et alii 2003).

---

<sup>1</sup> Alguns destes trabalhos não estão explicitamente caracterizados como inseridos na linha de pesquisa, pois foram orientados por professores de outras áreas, mas o campo e a intenção eram decididamente ligados ao setor da saúde

Finalmente, de 1998 a 2003 o PROAHSA e a EAESP, por intermédio de seu Centro de Estudos de Gestão em Saúde, têm participado, com 7 hospitais, da organização do evento de nome QUALIHOSP, que apresenta a tentativa de documentar os trabalhos desenvolvidos no âmbito dos hospitais e que estes consideram como orientadas a melhorar a qualidade dos serviços prestados. Os pôsteres e as comunicações coordenadas apresentadas, que aumentam em número ano a ano, costumam ser divididas em programas de qualidade, mudança organizacional, relação com o usuário e qualidade na assistência (CASTELLANOS et alii, 2001).

A realidade de 2004 é ainda uma vez diferente daquela observada seja em 1992 (MALIK, 1992) seja em 1999 quando foi realizado o projeto anterior: um hospital, filantrópico, de Porto Alegre, conseguiu o PNQ; o Conselho Regional de Medicina de São Paulo e a Associação Paulista de Medicina, que patrocinam há mais de 10 anos um programa que se propunha a referendar indicadores e processos (CQH, 1998), acabaram de lançar um prêmio (na verdade, um programa de reconhecimento por esforços) de gestão hospitalar, adaptado do PNQ, que deverá atrair mais serviços de saúde, por abrir mão de alguns dos princípios do original; no Rio Grande do Sul foi lançado o SIPAGEH, programa patrocinado por hospitais e pela Universidade do Vale dos Sinos, cujo objetivo é analisar indicadores hospitalares; a ONA (Organização Nacional de Acreditação) está institucionalizada, inclusive junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e já acreditou mais de 14 hospitais brasileiros, sendo que em 2003 já houve organizações hospitalares acreditadas nos níveis 2 e 3; quatro hospitais brasileiros (entre os quais um público, do Rio de Janeiro) já têm acreditação internacional, pela JCI (Joint Commission International) (MALIK, 1997, SCHIESARI, 1999) e a ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados) já lançou o projeto Sinhá (Sistema de Indicadores Hospitalares Padronizados) (ANAHP, 2004). Uma série de empresas e universidades se interessa pelo assunto, seja com interesses comerciais seja científicos.

A demonstração de evidências de qualidade por intermédio da avaliação externa ainda não se baseia em obrigatoriedade legal. Mesmo assim, empiricamente observa-se alguma pressão, muito mais por parte dos financiadores – públicos e privados – que da população, por garantias de que os riscos e os custos do cuidado não superam seus

benefícios (MARTELOTTE, 2003). A intenção de se estudar os hospitais públicos estaduais do estado de São Paulo se prende a um novo governo ter assumido no início de 2003 e do andamento da discussão a respeito de administração direta X organizações sociais. Um novo governo, mesmo que de mesmo partido e com uma equipe parcialmente reformulada, permite analisar se as diretrizes são as mesmas, se foram alteradas ou substituídas.

A discussão a respeito da qualidade na área de saúde/hospitalar, na área pública e na privada, não pode prescindir dos referenciais tradicionais de avaliação e de qualidade. (DONABEDIAN 1990, MALIK, 1996, MALIK; SCHIESARI, 1998, MALIK; TELES, 2001). Além disso, é necessário inserir as questões no seu ambiente.

A Secretaria de Estado da Saúde se divide, até julho de 2004, em coordenações de saúde, por área geográfica (uma da região metropolitana da Grande São Paulo – CSRMGSP - e uma do Interior - CSI) e por atividade intermediária (gestão de contratos, planejamento em saúde, administração, institutos de saúde). Até dezembro de 2002 os hospitais administrados por OSs tinham sua coordenação própria. Na gestão atual, embora continue a coordenação de gestão de contratos, os hospitais foram institucionalizados nas instâncias correspondentes a suas inserções geográficas. O antigo coordenador dos hospitais administrados por OSs passou a ser o coordenador da CSRMGSP, responsabilizando-se pela maior parte dos hospitais neste modelo. Este seria o momento de verificar se as práticas de gestão introduzidas nos novos serviços foram de fato institucionalizadas (CARNEIRO JUNIOR, 2002; SEIXAS, 2003, CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2003, FERREIRA JUNIOR, 2003, FERREIRA JUNIOR, 2004). De fato, quando as OSs passaram a gerir hospitais da SES fizeram contratos nos quais assumiram o compromisso de cumprir uma série de requisitos, entre os quais atingir alguns indicadores, de eficiência na gestão e de qualidade na assistência médica.

O cumprimento destes indicadores não era exigido dos hospitais gerenciados pela administração direta até o final do levantamento de dados para o presente trabalho. Esta situação está em processo de mudança desde o final do primeiro semestre de 2004, com a intenção de se implantar alguns instrumentos de gestão semelhantes nos dois grupos de hospitais. A diferença nos requisitos e na forma de relacionamento pode ser considerada

pouco adequada entre hospitais sob a mesma gestão, embora a recente inserção de todos sob a mesma estrutura possivelmente modifique esta situação. Estrutura física diferente, formas de gestão de RH diversificadas, orçamento e execução orçamentária sob regras não homogêneas, modelo assistencial definido *a priori* ou respondendo a necessidades específicas podem ser determinantes de visões diferentes a respeito de gestão e assistência com qualidade. Diretrizes semelhantes não necessariamente levam a modelos ou programas equivalentes. Por outro lado, serviços têm direito a suas preferências e suas peculiaridades. No caso da concorrência para a prestação de serviços de consultoria no REFORSUS havia um termo de referência genérico e único para todos os hospitais, fossem eles novos, velhos, gerais, especializados, universitários, com gerência mais ou menos qualificada. A intervenção do grupo da EAESP trabalhou pelo menos três adaptações diferentes, utilizando interpretações do termo de referência (CASTELLANOS et alii 2002; MALIK et alii 2003).

## II – Justificativa da Pesquisa

Gestão da qualidade deixou de ser “moda” em assistência médico-hospitalar. Tornou-se uma necessidade para os gestores (mesmo que eles não o percebam), frente a aspectos financeiros, interesses do usuário, disponibilidade de educação continuada, difusão de conhecimento, entre outros aspectos. No Brasil, tanto as agências reguladoras quanto a crise setorial e as diretrizes de acesso universal do SUS apontam para isso, com a produção de diretrizes clínicas por entidades de classe (Associação Médica Brasileira) ou por órgãos normativos (Ministério da Saúde) e a aceitação generalizada de protocolos de assistência à urgência como os ATLS<sup>2</sup>. Ainda permanece a discussão de se faz sentido utilizar programas de qualidade gerais da mesma maneira que ocorre nos demais setores (ISO, PNQ e BSC) ou se é o caso de trabalhar com aqueles desenhados desde o início para a área da saúde (Acreditação, CQH e SIPAGEH).

---

<sup>2</sup> Advanced Trauma Life Support, um dos diferentes modelos de assistência internacionalmente reconhecidos.

Os tomadores de decisão do setor ainda sabem pouco a respeito do que caracteriza assistência médica de qualidade, de como integrar estrutura, processo e resultados ou de como lidar com o ambiente/mercado, com a elaboração/implantação do planejamento estratégico, estabelecendo lideranças e assumindo responsabilidades para com o usuário e a sociedade. A melhora na eficiência não necessariamente aprimora o acesso nem a qualidade dos serviços prestados. A qualidade nos serviços prestados não é diretamente proporcional ao aumento dos custos em que incorre e tampouco interfere diretamente nos níveis de saúde da população. Finalmente, o investimento em equipamentos não garante bons serviços.

Seria desejável comprovar se que os hospitais passaram a buscar formas de melhorar seu desempenho, tanto econômico-financeiro quanto de assistência aos doentes. O aumento da frequência de eventos internacionais, como a IsQua (International Society for Quality Assessment in Health Care) e o IHI (Institute for Health Improvement), ambos voltados à área de qualidade em saúde, inclusive com a presença constante de representantes brasileiros, dos setores de serviços público, privado e acadêmico, apresentando trabalhos (certamente pouco divulgados no país), a criação de organizações no mundo todo preocupados com o assunto mostram o interesse. Não se observa, porém, evidências suficientes de que este interesse reverta em iniciativas reais ou que estas demonstrem incremento de qualidade para os pacientes. O trabalho sobre programas de qualidade em hospitais no estado de São Paulo evidenciou que serviços públicos se mostravam mais sensibilizados que os demais (MALIK, 2000; MALIK; TELES, 2001). Continuar este estudo nos hospitais públicos estaduais permitiria conhecer melhor um segmento e eventualmente subsidiar as tomadas de decisão de um governo que ainda tem dois anos e meio pela frente.

### III – Objetivos

O objetivo geral deste trabalho foi obter informações de hospitais públicos estaduais paulistas quanto a suas preocupações com qualidade e suas iniciativas neste sentido.

Seus objetivos específicos foram conseguir informações quanto às percepções dos dirigentes dos hospitais da administração direta e dos ligados a Organizações Sociais e as visões do nível central da Secretaria a respeito do mesmo assunto. Identificar indicadores coletados e utilizados, programas implantados, modelos de avaliação interna escolhidos e seus determinantes também foram abordados.

Como objetivo secundário havia a intenção de descobrir se era ou não verdadeira a percepção, da pesquisa anterior, de que no conjunto de hospitais públicos as iniciativas de qualidade estão presentes e de que há indicadores de intenção de melhoria contínua.

Buscava-se ainda alguns subprodutos, como a identificação dos hospitais estaduais e seu número de leitos.

#### IV – Hipóteses e conceitos-chave

A premissa deste trabalho foi que, em 2003, em todos os hospitais públicos estaduais os gerentes estavam familiarizados com conceitos de qualidade e em boa parte deles havia iniciativas formalmente implantadas, por iniciativa dos gerentes ou dos gestores estaduais. Outra premissa é que havia diferenças entre a forma encontrada nos hospitais administrados por OSs e nos hospitais da administração direta para obter sucesso nas suas atividades (FERREIRA JUNIOR, 2003; 2004). Principalmente por questões gerenciais, acreditava-se encontrar nos dois grupos de hospitais indicadores diferentes, com tratamento e utilização diferenciados.

Os conceitos chave utilizados nos instrumentos de pesquisa desenvolvidos e adaptados foram aqueles referentes à qualidade na gestão e na assistência, indicadores e programas de qualidade sob qualquer denominação e ferramentas gerenciais utilizadas para diferentes finalidades. A gestão em organizações de saúde, com seus estilos decisórios, seus tomadores de decisão e os diferentes condicionantes de seus processos, seus modelos assistenciais e seus instrumentos de gestão foi o objeto real deste trabalho. A preocupação com programas de qualidade propriamente ditos é secundária a estes conceitos.

A qualidade na gestão e na assistência não tem se mostrado diretamente dependente dos programas implementados (BERWICK; JAMES; COYE 2003; SCHIESARI, 2003). Estes costumam ser, na verdade, motivadores ou desencadeadores de novas percepções a respeito da necessidade de mudança. Ou seja, interessa mais saber da disposição por trás das decisões e da motivação dos dirigentes de hospitais públicos (uma vez que o senso comum acredita que são os privados que mais se interessam pelo assunto) do que realmente avaliar seus programas de gestão de qualidade ou seus resultados.

## V – Procedimentos Metodológicos

### V.1 – Procedimentos preliminares

Já há resultados preliminares, desatualizados até, de outras investigações, preparatórias para o estudo de 1999 (MALIK, 2000). Esse trabalho apontou para um importante e surpreendentemente desconhecimento dos hospitais situados no Estado a respeito de qualidade e seus programas nos últimos anos do século XX. Eram conhecidos basicamente programas específicos do setor (acreditação e CQH). Dos não específicos, a ISO foi a mais mencionada, por ter sido aplicada em hospitais, laboratórios e bancos de sangue (MELLO; CAMARGO, 1998 e PATRUS, 2001). Quanto à implantação, ela era em geral bastante recente (apenas 3 em 22 hospitais respondentes tinham implantado seus programas havia mais de dois anos). Os resultados positivos mencionados à época foram *participação de funcionários, satisfação de usuários, racionalização de processos e responsabilização de funcionários, melhora nos indicadores e satisfação dos funcionários*. (MALIK, 2000; MALIK; TELES, 2001)

Para esse primeiro trabalho já tinha sido elaborado um questionário, que serviu de base para a elaboração do novo instrumento, aplicado à amostra de hospitais estudados no presente trabalho. O conhecimento das respostas da aplicação anterior permitiu adicionar novas questões e até mesmo trabalhar com especificidades do setor público. No trabalho atual ainda se fez um levantamento dos programas/atividades de que o Ministério da Saúde vem, há quatro anos, desenvolvendo e estimulando, em busca da melhora do serviço prestado, tanto por meio de uma melhor formação dos profissionais da área de

saúde quanto pela aproximação dos mesmos aos cidadãos. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH -, iniciativa do Ministério de Saúde, foi lançado no dia 19 de junho de 2001, com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficácia do atendimento prestado aos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS -, além de promover uma nova cultura de humanização na rede hospitalar e capacitar profissionais para um atendimento mais solidário.

Os principais programas e iniciativas encontrados nos levantamentos realizados em documentação do setor público foram: Agentes Comunitários de Saúde, Gestão de Alto Risco, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Programa de Garantia da Qualidade no Sangue, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem, REFORSUS, Sistema Informatizado de Aquisição e Distribuição de Medicamentos, Método Canguru e Aleitamento Materno.

Na pesquisa anterior trabalhou-se basicamente com questionários enviados por correio e, num último esforço, em função da quantidade de não respondentes, utilizou-se entrevistas telefônicas. No trabalho atual, buscou-se novas maneiras de trabalhar, pois a amostra tinha características diferentes.

Utilizou-se de maneira complementar de visitas como instrumentos de conhecimento da realidade e de observação do cotidiano, mas isto se deu apenas quando o diretor do hospital convidava e da visita fazia parte uma entrevista informal com este gerente. Seus resultados foram interessantes, pois permitiram ver as iniciativas em ação. 100% delas foram feitas pela auxiliar de pesquisa.

## V.2 – Desenho da amostra

Foram feitos entendimentos preliminares com a Secretaria de Estado da Saúde, notadamente com a CSRMGSP, no sentido de viabilizar a aceitação de um projeto de pesquisa deste teor e a resposta preliminar foi encorajadora. O nível central da Coordenação de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo colaborou desde a discussão a respeito da amostra, de hospitais e do nível central, até a apreciação

preliminar do questionário. Além disso, seus técnicos forneceram os telefones, endereços e encaminharam formalmente o questionário para os diretores dos hospitais. Também ajudaram a agendar as entrevistas com os respondentes do nível central.

Foram identificados todos os hospitais públicos estaduais, da administração direta e administrados por OSs, divididos por porte, especialidade e região. A seguir, foi feita a opção por trabalhar apenas a Região Metropolitana da Grande São Paulo, com o universo, no caso dos hospitais administrados por OSs, todos eles hospitais gerais. No caso daqueles sob administração direta, decidiu-se deixar de lado os hospitais psiquiátricos e aqueles com características mais ambulatoriais que de internação. Isto levou a uma amostra de 34 hospitais, dos quais 13 administrados por OSs e 21 sob administração direta.

Quanto aos respondentes do nível central, foi sugerido (e acatado) que se entrevistasse Secretário Adjunto, Chefe de Gabinete, responsável pelo Planejamento, responsável pela região metropolitana e responsável pela gestão de contratos, ou seja, previu-se a realização de cinco entrevistas.

### V.3 – Desenho e aplicação dos instrumentos de pesquisa

O referencial utilizado para a elaboração do questionário básico a ser aplicado aos hospitais foi o mesmo utilizado na pesquisa anterior (MALIK, 2000). O instrumento de 1999 foi atualizado com informações obtidas junto a documentos oficiais do Ministério da Saúde e com bibliografia mais recente da área. O roteiro das entrevistas realizadas com o nível central foi desenhado para tentar obter as diretrizes da Secretaria e descobrir quanto elas eram conhecidas de forma homogênea pelos seus dirigentes. Também se buscou identificar até que ponto qualidade em hospitais era um assunto importante para estes profissionais. Com essa mesma finalidade, acompanhou-se publicações oficiais a respeito do assunto, assim como manifestações públicas por parte dos profissionais de nível central.

Foi realizado um pré-teste com cada instrumento: o questionário dos diretores foi aplicado a um ex-superintendente de hospital administrado por OSs e o roteiro de

entrevistas foi aplicado a um ex-integrante do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Nos dois casos, a idéia era saber se o questionário era compreensível e solicitar sugestões aos colaboradores. Nos dois casos, os instrumentos sofreram modificações a partir desta fase e a partir daí foram desenhados os definitivos. (ANEXOS 1 e 2)

A análise dos dados será apresentada primeiramente em relação aos hospitais como um todo, depois separada pelos dois grupos. Em seguida será feita a análise das entrevistas e, finalmente, serão analisadas as entrevistas dos dirigentes de nível central frente aos achados dos questionários aplicados aos hospitais.

As entrevistas foram feitas pessoalmente, pelos pesquisadores entre o final de novembro de 2003 e a primeira quinzena de janeiro de 2004. Duraram entre 20 e 40 minutos. Os questionários foram encaminhados pelo nível central da CSRMGSP a todos os 35 hospitais da amostra, em 10 Novembro de 2003, com o compromisso de estes devolverem o material em 30 dias. O pesquisador iria pessoalmente conversar com o diretor que solicitasse uma visita. Onze hospitais responderam por fax e quatro solicitaram a visita do pesquisador e lhe entregaram o questionário pessoalmente. Um dos hospitais, da administração direta, solicitou o projeto, do qual deveria fazer parte o consentimento informado<sup>3</sup> (ANEXO 3), para submetê-lo à Comissão de Ética em pesquisa<sup>4</sup>. Isto retardou o retorno do questionário respondido.

---

<sup>3</sup> trata-se de instrumento usado em “pesquisas com seres humanos”, exigido pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEPE). Tradicionalmente, ele deve ser apresentado para os pacientes submetidos a pesquisa, de maneira a garantir que eles saibam o que está sendo feito com eles. Alguns serviços de saúde no Brasil assumem que isto deve ser válido para qualquer atividade realizada com pessoas, o que inclui entrevistas com dirigentes. O mesmo procedimento é utilizado em Universidades ligadas à saúde (Medicina, Enfermagem, Saúde Pública, entre outras). Não se trata de exigência tipicamente brasileira.

<sup>4</sup> Muitos hospitais que têm interesse em se tornar hospitais de ensino e pesquisa passaram a obedecer a legislação e instituíram comitês internos de ética em pesquisa, que aprovam os projetos a serem neles realizados. Isto serviu para normatizar/institucionalizar de alguma forma as atividades de investigação, antes realizadas em função do interesse de algum investigador, interno ou externo, às vezes à revelia da organização.

## VI – Apresentação e análise dos resultados

Foram recebidos 26 questionários, dos quais quinze de hospitais de administração direta e onze administrados por OSs (no caso, dois administrados por uma mesma organização). As cinco entrevistas previstas foram realizadas.

Cabe comentar a coerência do hospital que solicitou o consentimento informado: ele se coloca como hospital de ensino e pesquisa, com programas de formação em diferentes áreas e tem programas de qualidade há cerca de 10 anos. Alguns dos programas de avaliação externa (notadamente os de acreditação) colocam como requisito de qualidade a existência de Comissão de Ética em Pesquisa e faz parte das atribuições desta exigir consentimentos informados para pesquisas desenvolvidas com seres humanos. Embora possa ser discutido se este tipo de requisito faz sentido para entrevistar o diretor do hospital, pelo menos observa-se algum tipo de questionamento em relação às informações que o serviço oferece, pois com frequência se questiona se os pacientes do setor público são informados a respeito do que vai ocorrer com eles, se eles sabem quando estão recebendo tratamento, se eles têm alternativa de aceitar ou recusar alguma terapêutica.

Outro hospital da administração direta comprometeu-se a responder o questionário desde que houvesse algum retorno para o hospital dos achados da pesquisa. Por um lado, esta é a intenção dos pesquisadores, desde a submissão do projeto. Por outro lado, a preocupação dos dirigentes com a obtenção dos resultados mostra interesse em relação à apropriação, pelo serviço, do conhecimento ali gerado, o que não é prática observada de maneira explícita na maioria dos hospitais. Embora indireto, este é um indicador de qualidade ou pelo menos de cuidado ou interesse demonstrado pela administração com o que ocorre no hospital.

No nível central da Secretaria há a preocupação, embora não entre todos os entrevistados, de chamar os hospitais nesta pesquisa denominados de hospitais administrados por OSs, de *hospitais sob contrato de gestão*. O contrato de gestão<sup>5</sup>,

---

<sup>5</sup> Trata-se de instrumento já utilizado e analisado no Brasil há mais de uma década, não apenas no setor saúde, mas que voltou à cena com as OSs. Não se trata de objeto desta pesquisa, mas ANDRÉ (1993),

aparentemente, tende a se tornar um instrumento gerencial privilegiado na Secretaria de Estado da Saúde na gestão em curso.

## VI.1 – As entrevistas

As cinco entrevistas previstas foram realizadas entre 28/11/2003 e 15/01/2004, nos gabinetes dos profissionais que receberam os pesquisadores. Os entrevistados sugeridos pelos interlocutores das pesquisadoras no nível central foram o Coordenador de Planejamento em Saúde, o Chefe de Gabinete, o Secretário Adjunto, o Coordenador de Contratação de Serviços e o Coordenador da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Para desenhar o perfil desses profissionais, nos anos anteriores, um deles tinha estado fora da Secretaria (em atividade acadêmica, mas anteriormente tinha sido coordenador de planejamento), outro tinha sido Coordenador da Região Metropolitana da Grande São Paulo, outro Coordenador de Contratação de Serviços, outro tinha trabalhado junto à Coordenadoria de Contratação de Serviços e o último tinha sido diretor de hospital da Secretaria, ou seja, houve um aproveitamento de ocupantes de cargos da própria organização (quatro dos cinco na gestão anterior, cujo secretário tinha ocupado o cargo por oito anos e o quinto pelo menos na primeira gestão do antigo secretário), podendo-se dizer que eles se movimentaram em áreas já conhecidas.

Eram uma mulher e quatro homens, os cinco médicos; 3 tinham mais de 50 anos e dois estavam entre 40 e 50. Dois deles são funcionários de carreira da SES, um deles já o foi, tinha pedido demissão da organização havia 7 anos e retornado havia pouco para a posição atual, já no governo vigente. Um deles estava realizando carreira administrativa havia 11 anos e o último havia cinco. Todos os cinco tinham assumido a posição atual havia relativamente pouco tempo, sendo que apenas um ainda no final da gestão passada. (quatro havia menos de um ano e um havia um ano).

Os cinco cargos podem ser caracterizados como de primeiro escalão. No que diz respeito às suas responsabilidades, um dos entrevistados caracteriza seu cargo como participante da determinação de prioridades institucionais em função das atividades com

---

LIMA (1996) e FERREIRA JUNIOR (2003) discutem o assunto de maneira a permitir a compreensão respeito da intenção da SES.

as quais se envolve: 1) Planejamento, avaliação e controle, 2) Assistência à saúde, 3) Informações da Secretaria e do Sistema e 4) Auditoria. Outro apresenta suas funções em relação à contratação de organizações sociais de saúde para a administração de hospitais, ao levantamento epidemiológico de cada região onde estão os hospitais e à gestão, controle e avaliação do trabalho desenvolvido nos hospitais administrados pelas contratadas. O terceiro cuida do primeiro escalão da Secretaria, tentando facilitar a vida do Secretário e buscando relacionamentos externos, dentro e fora do governo. Ele define seu papel como de articulador, que busca dar tratamento burocrático institucional para seguir os rumos determinados pelo Secretário. O quatro define seu cargo em função de coordenar algumas Comissões de relacionamento externo da Secretaria (Bipartite, Conselho Estadual de Saúde, Avaliação das OSs) e fornecer apoio na área de planejamento. Interpreta sua atuação como viabilizando o relacionamento com parceiros externos ligados ao chamado controle social. O último apresenta seu cargo como coordenador de hospitais (gestão, planejamento e avaliação) da administração direta, de assistência ambulatorial básica e especializada e representante da Secretaria Estadual em algumas instâncias. Em resumo, dois se colocam como responsáveis por assistência hospitalar (um na administração direta e um na indireta), três se colocam como ligados a atividades de planejamento e controle, dois se apresentam como responsáveis por assistência à saúde, dois explicitam relações com organizações sociais e dois se apresentam como fornecendo infra-estrutura para gestão e/ou participação no processo decisório.

Perguntados quanto a se a Secretaria se preocupa com o acompanhamento de seus hospitais, as respostas variaram. Dois entrevistados responderam que a preocupação existia, mas não na Secretaria como um todo. Situaram esta preocupação na Coordenação da Região Metropolitana e na Coordenadoria de Contratação. Os outros três colocaram esta atribuição na Secretaria, institucionalmente. Um deles disse que os hospitais sempre foram objeto importante para a SES, embora esta preocupação fosse mais reativa do que propositiva. Todos entendiam que os hospitais sob contrato de gestão eram olhados de outra maneira, porque eram novos e diferentes e, a rigor, porque havia olhares externos sobre eles, além de menores problemas e resistências originadas na área de Recursos

Humanos. Outros diziam que a grande diferença entre os modelos de avaliação e acompanhamento estava na existência de sistemas de informação que permitiam fornecer indicadores para todos os interessados.

Nos hospitais sob administração direta não havia nem infra-estrutura de informática, enquanto aqueles administrados por OSs desde o início de seu funcionamento foram dotados de sistemas informatizados. Apareceu uma citação de que estes hospitais trouxeram um certo desconforto para o Secretário e sua equipe, além de para outras instâncias de governo, como as Secretaria de Planejamento e Fazenda, pois ficaram evidenciadas vantagens de lidar de maneira diferente com a gestão de recursos humanos e orçamentários e com a profissionalização da gestão de maneira geral. Em vez de discutir como aumentar a eficiência, passou a ficar clara a necessidade de afastar fatores de ineficiência, desde a falta de incentivos e de perspectivas de carreira até o distanciamento entre gerência de hospitais e nível central e a falta de controle e trabalho da informação.

Tornou-se patente que há maneiras de utilizar melhor o recurso público e que é fundamental salvaguardar o prioritário dentro da universalidade, ou seja, fazer a necessidade prevalecer sobre a oferta. Visão conflitante é a de que o modelo de hospitais sob contrato de gestão “alisa o ego” (*sic*) da Secretaria, porque consegue resultados (e demonstra que é muito mais difícil consertar o antigo que criar o novo). O contrato de gestão vinha sendo apresentado como um novo instrumento, capaz de gerar capacidade de definição de rumos desejados, além de permitir acompanhamento e controle social. Isto evidenciava a burocracia e a eficácia existentes no acompanhamento dos hospitais sob administração direta.

Perguntados quanto a se a Secretaria incentivava iniciativas de qualidade nos seus hospitais, dois dos respondentes mencionaram a maneira pela qual os contratos de gestão estimulavam o alcance de alguns indicadores ditos de qualidade. Por meio do relacionamento com o governo federal, vinham sendo estimuladas as atividades de Hospital Amigo da Criança e de Parto Humanizado, nos dois grupos de hospitais. O chamado Acolhimento também passou a ser priorizado, inclusive como política do Governador do Estado, com a contratação de “jovens acolhedores” em parceria com

instituições de ensino superior, principalmente nos hospitais de administração direta. Ainda foram mencionados programas de humanização, sem que tivesse ficado exatamente definido de que se tratava, uma vez que o termo e sua interpretação são pouco específicos.

A lógica de ouvir mais o cliente, talvez importada das teorias da gestão da qualidade total, apareceu nas entrevistas como devida ao diagnóstico de excesso de burocratização na relação entre poder público e cidadãos. Houve um entrevistado que atribuiu a esta atividade o potencial de levar à mudança desta cultura.

Outra visão declarada foi a de que, apesar do pouco estímulo oferecido pela Secretaria, identificado pelos respondentes do nível central em relação a iniciativas de qualidade, foram mencionadas iniciativas dos próprios diretores (sem especificar quais foram), em alguns raros casos.

A Secretaria pretendia, segundo um dos entrevistados, realizar a modernização de seus hospitais, tanto em sua área física quanto na tecnologia e na gestão, embora os resultados demorem a aparecer. Foi apresentado que sete hospitais (Mandaqui, Brigadeiro, Vila Penteado, Dante Pazzanese, Leonor Mendes de Barros, Darcy Vargas, Pérola Byington) sob administração direta estavam se preparando para funcionar sob contrato de gestão.<sup>6</sup> Numa primeira fase, trata-se até julho de 2004 de um compromisso de gestão, no qual há uma série de metas a serem atingidas. No momento da realização das entrevistas, um dos critérios mencionado para a seleção dos hospitais tinha sido a existência de um sistema de custos e o compromisso de seus diretores em informar seus dados e seus custos. Houve outros critérios levados em conta: aproximar do nível central alguns hospitais que se moviam com mais autonomia, envolver e estimular dirigentes mais interessados e conhecer melhor alguns hospitais de maior complexidade assistencial e administrativa.

Pode-se caracterizar o modelo desse programa de modernização como sendo uma tentativa de aprimorar a estrutura da produção de informações, juntando desde os indicadores hospitalares tradicionais até outros dados referentes a gestão de Recursos

---

<sup>6</sup> esta está sendo a segunda tentativa, a primeira datada de 2002 não foi bem sucedida porque o nível central não conseguiu usar o orçamento como instrumento de gestão (duas menções).

Humanos, execução orçamentária de gestão de contratos, incluindo faturamento. O programa como um todo apresentava na verdade três componentes: o *Acolhimento*, já mencionado, que recebeu a denominação de “Conte Comigo”, a *implantação e o acompanhamento de Comissões*, tanto daquelas preconizadas pela legislação quanto de outras consideradas como conducentes ao aprimoramento das atividades da organização, e a instalação de um “*Prêmio de Qualidade da Gestão Hospitalar - SP*”, que até julho de 2004 não tinha ocorrido. Embora esta iniciativa tivesse sido apresentada apenas em linhas gerais por um dos entrevistados, as informações mais específicas a seu respeito foram obtidas através de material fornecido pela Secretaria de Saúde após a conclusão do período das entrevistas.

O principal objetivo de tal iniciativa era estimular a melhoria da qualidade da gestão dos Hospitais sob administração direta e avaliar as iniciativas em andamento. Outras expectativas alegadas por um dos entrevistados eram a redução das filas, a diminuição da ansiedade dos usuários e o aumento do acesso para os cidadãos, de modo a que eles conseguissem perceber as virtudes do SUS, com conseqüente mudança de imagem dos hospitais e da própria SES.

O primeiro ciclo do PQGH compreenderia as seguintes atividades: curso para formação de avaliadores, atividades de avaliação, apresentação dos relatórios, avaliação dos relatórios pela Banca Examinadora, visita aos hospitais, I Mostra de Gestão e da Melhoria da Qualidade Hospitalar e, por fim, a entrega dos Prêmios e das Menções Honrosas. Os critérios estabelecidos para o Prêmio incluem os seguintes temas: Liderança, Estratégias e Planos, Cidadãos e Sociedade (imagem, relacionamento com os cidadãos e interação com a sociedade), Gestão da Informação e do Conhecimento, Gestão das Pessoas, Gestão dos Processos e Resultados (relativos à sociedade, aos cidadãos, orçamentários e financeiros, às pessoas, aos fornecedores, aos serviços assistenciais e dos processos de apoio e organizacionais). Este desenho é claramente baseado nos critérios do Prêmio Nacional da Qualidade, embora no documento não apareça menção a qualquer consultoria externa neste sentido.

A idéia da Secretaria era expandir as atividades bem sucedidas deste projeto de modernização dos sete hospitais para os demais. Aparentemente, a implantação de

Comissões e o “Conte Comigo” estão em fase de expansão. A falta de estrutura de informática persiste e está sendo encaminhada de maneiras diferentes nos distintos hospitais: alguns receberam doações, outros se filiaram a programas do Ministério, enfim está sendo testada a criatividade dos gestores locais.

Em relação aos hospitais sob contrato de gestão, foi mencionada a intenção de implantação dos DRGs<sup>7</sup> e de programas como aqueles incentivados pela ANVISA (farmacovigilância). Quatro hospitais administrados por OSs são acreditados pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), embora isto não seja exigido no contrato de gestão em vigência em 2004.

A existência de orçamento específico (e descentralizado) para iniciativas de qualidade foi reconhecida por apenas um dos entrevistados. Dois respondentes informaram a possibilidade de utilização de recursos para suprir necessidades, porém os recursos estavam centralizados e a solicitação não era feita especificamente voltada para a iniciativa de qualidade. Apesar disso, foi obtida a afirmação que não é a falta de recursos financeiros que impede a maior difusão deste tipo de iniciativa.

A qualificação das iniciativas tampouco foi homogênea: um respondente afirmou que todos os hospitais apresentavam iniciativas voltadas para a humanização, levando a maior satisfação dos pacientes, melhor atendimento e menores custos. Outro mencionou que 6 hospitais da administração direta (entre os quais um psiquiátrico, não parte da amostra estudada) apresentavam programas de qualidade (Água Funda – o psiquiátrico, São Mateus, Leonor Mendes de Barros, Cândido Fontoura, Vila Penteadado e Pérola Byington). Para ele, o resultado mais importante observado nestes hospitais foi a mudança da unidade, no seu aspecto físico interno e na postura dos funcionários, mas refere não ter observado resultados objetivos. Um terceiro destacou o Vila Penteadado e o Regional Sul, um deles de maneira geral, interessado em Recursos Humanos e em sistemas de custos, e outro por meio de informatização, sendo que ambos conseguiram melhorar em termos globais. O Mandaqui foi apontado como tendo implantado o programa, porém de maneira amadora e voluntarista, sem resultados reais.

---

<sup>7</sup> Um modelo de financiamento (diagnosis related groups – grupos diagnósticos homogêneos), ainda não implantado no Brasil, mas utilizado em muitos países da Europa e EUA. (ZANETTA, S.F., 2003)

Todos aqueles sob contrato de gestão foram percebidos por um dos entrevistados como caminhando na direção de dispor de programas formais de qualidade, o que se refletiu na intensidade de programas de treinamento. Mais uma vez o Vila Penteadado foi citado como destaque, com um discurso voltado a humanização, ética e compromisso. Um dos cinco entrevistados do nível central da Secretaria disse não ter informação para responder esta pergunta.

Com relação à percepção sobre melhores e piores, foram citados: *melhores* – Vila Penteadado (III), Leonor Mendes de Barros (III), Dante Pazzanese (II), Mandaqui (II), Padre Bento, Regional Sul e *piores* – Ferraz de Vasconcellos (III), Arnaldo Pezzutti Cavalcanti (III) Osasco (II), Luzia de Pinho Melo, Brigadeiro, Guaianazes. Não se verificou, portanto, um hospital que fosse considerado ao mesmo tempo entre os melhores e entre os piores.

A percepção dos entrevistados foi de que os hospitais sob contratos de gestão eram em geral melhores que os sob administração direta. Para um dos entrevistados isto se deve à maior autonomia em relação à Secretaria, garantia de orçamento, maior disponibilidade de recursos financeiros e políticas de Recursos Humanos. Para outros dois, a explicação se resumiu aos instrumentos gerenciais (entre os quais os sistemas de informação). Para um quarto, além de melhores de maneira geral os hospitais sob contratos de gestão são mais baratos e respondem melhor à necessidade epidemiológica dos locais onde estão inseridos (o dado mencionado é de produtividade 30% maior que naqueles sob administração direta). Um quinto teve a percepção de que esta resposta, tecnicamente comprovável, talvez não seja compartilhada pela população, pois os hospitais sob contrato de gestão têm como característica trabalhar num modelo assistencial baseado em referência e contra referência. Isto pode parecer aos cidadãos como uma barreira ao acesso direto pela porta do serviço, como um fechamento excessivo dos hospitais, pois resta ver como chegam as referências.

VI.2 Resultados em relação aos hospitais  
VI.2.1 Resultados gerais

Ao fim do prazo concedido aos hospitais, para preenchimento e devolução dos questionários, foi feito contato telefônico com todos os que ainda não haviam respondido e mais um prazo, de quinze dias, foi estabelecido. Após este novo prazo, a distribuição entre os hospitais públicos respondentes e não-respondentes configurou-se como retratado nas tabelas 1 e 2:

**Tabela 1**  
**Distribuição dos respondentes por tipo de administração e porte**

<b>RESPONDENTES X NÃO-RESPONDENTES</b>				
<b>ADMINISTRAÇÃO</b>	<i>Não responderam</i>	<i>Responderam</i>	<b>TOTAL</b>	<b>% da amostra</b>
<i>Organizações Sociais</i>	2	11	13	37,14%
<i>Administração Direta</i>	7	15	22	62,86%
<b>TOTAL</b>	9	26	35	100%
<b>%</b>	25,71%	74,29%	100%	

**Tabela 2**  
**Distribuição dos respondentes por tipo de administração e porte**

<b>RESPONDENTES:</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO</b>	<b>Número de hospitais por número de leitos</b>				
	<i>Até 50</i>	<i>De 51 a 150</i>	<i>Mais de 150</i>	<b>TOTAL</b>	<b>% da amostra</b>
<i>Organizações Sociais</i>	-----	----	11	11	42,31%
<i>Administração Direta</i>	1	2	12	15	57,69%
<b>TOTAL</b>	1	2	23	26	100%
<b>%</b>	3,8%	7,7%	88,5%	100%	

Os questionários foram distribuídos para 35 hospitais (13 administrados por Organizações Sociais e 22 da administração direta). A partir da *Tabela 1* observamos que

os hospitais da administração direta correspondem a 62,86% da amostra, enquanto os administrados por Organizações Sociais a 37,14% . Obtivemos respostas de 74,29% dos hospitais. Os 25,71% não-respondentes receberam os questionários duas vezes, pois muitos alegaram não recebimento dos mesmos e outros alegaram mudança de gerência como motivo para demorarem a responder. De fato, após aproximadamente 7 meses da data em que os questionários foram distribuídos aos hospitais pela primeira vez, 6 (mais de 17%) tiveram seus diretores ou superintendentes trocados e dois apresentaram mudanças nos nomes dos cargos.

O universo dos respondentes é composto por 42,31% dos administrados por O.S.s (correspondendo a 31,43% da amostra) e 57,69% da direta (42,86% da amostra), evidenciando, portanto, uma adesão relativamente mais efetiva dos primeiros à pesquisa. Isto é, os hospitais administrados por O.S.s apresentaram maior disponibilidade em oferecer seus dados para estudo. Isto corrobora os achado da pesquisa de 1999, de que hospitais “melhores” ou que têm iniciativas de qualidade se sentem mais à vontade para responder este tipo de investigação.

Todos os hospitais administrados por OSs são de grande porte. Cabe lembrar que até o momento da investigação quase todos os serviços desta categoria tinham sido planejados no início da década de 1980, com características semelhantes, inclusive no número de leitos. (FERREIRA JR., 2003, 2004). Os da administração direta são formados, em 80%, por unidades que apresentam um número de leitos maior que 150 leitos. Este mesmo número de leitos corresponde a 88,5% entre todos os respondentes; apenas 1 hospital da administração direta possui 50 ou menos leitos (pequeno porte) e 2 contavam com entre 51 e 150 leitos, caracterizando-se como de médio porte.

A partir disto, fica evidente um viés da amostra escolhida para o desenvolvimento deste estudo (apenas 3 possuem menos de 151 leitos), já que obtivemos respostas de praticamente três quartos dos hospitais em que os questionários foram aplicados.

Os hospitais podem ser classificados em gerais ou especializados. Apenas entre os hospitais sob administração direta havia serviços especializados, pois todos aqueles sob contrato de gestão se caracterizam como hospitais gerais, mais uma vez parte do desenho dos hospitais inicialmente propostos para trabalharem neste modelo. Os dados

apresentados no ANEXO 5 (documento retratando todas as respostas, obtidas dos 26 hospitais), revelam que 22 dos respondentes se definem como hospitais gerais (84,62% dos respondentes), enquanto os outros 4 (15,38%) são especializados nas áreas de Cardiologia, Pediatria, Maternidade e Ginecologia e Obstetrícia. Sabendo que dos 9 não-respondentes 2 são especializados, concluímos que estes constituem 17,14% de nosso universo amostral e que, portanto, não há um equilíbrio entre gerais e especializados em nossa pesquisa, assim como não o há entre a população total dos hospitais públicos da Grande São Paulo, da qual nossa amostra foi extraída.

Os 4 hospitais especializados respondentes implantaram ou estão implantando algum modelo/programa/atividade de qualidade. Todos os hospitais públicos que não implantaram nem estavam implantando nenhum modelo/programa/atividade de qualidade definiram-se como gerais, embora não se possa fazer qualquer indicação de tendência com estes dados.

Dos 26 hospitais, 20 (77%) afirmaram conhecer algum caso de implantação bem sucedida de um modelo/programa/atividade de qualidade. Três (11,5%) dos dirigentes hospitalares respondentes afirmaram não ter ouvido falar sobre alguma experiência na área de qualidade, geradora de bons resultados. Os outros três hospitais (11,5% dos respondentes) não responderam a esta questão.

Entre as experiências conhecidas, a Acreditação Hospitalar foi citada nas respostas de 11 dos 20 hospitais, sendo a ONA em 6 delas. Também receberam seis menções programas de humanização (Amigos da Criança, Doutores da Alegria e PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar) e o CQH – Controle de Qualidade Hospitalar. A certificação pela ISO, por sua vez, teve 4 citações e o 5S duas. Finalmente, o FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade e o SIPAGEH foram citados 2 e 1 vezes respectivamente. Ou seja, houve 30 citações de experiências relativas a sistemas de qualidade específicos do setor de saúde (Acreditação Hospitalar, ONA, programas de humanização, CQH e SIPAGEH) e 8 de sistemas não específicos. Este resultado mostra que o cenário apresentado por Malik e Teles (2000) já apresentou mudanças, evidenciando que pelo menos os hospitais públicos estaduais estão mais familiarizados com iniciativas do setor da saúde do que estavam quatro anos antes.

Os hospitais mais citados como tendo implantado experiências bem sucedidas com sistemas de qualidade foram o Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Estadual de Sumaré e Hospital Leonor Mendes de Barros. Também foram mencionados: Hospital Nove de Julho (acreditado em outubro de 2003, imediatamente antes da realização da pesquisa, o que certamente aumentava a lembrança por ter sido fato divulgado, pelo menos na área hospitalar), Santa Casa de Porto Alegre (conseguiu o PNQ, feito muito divulgado na imprensa leiga e que chama a atenção de profissionais da área), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital Samaritano, Hospital Estadual de Pirajussara e Hospital Maternidade Interlagos.

A questão seguinte era relativa a experiências de implantação que tivessem enfrentado dificuldades e sido abandonadas; apenas 4 dos respondentes (16%) responderam afirmativamente e 1 (4%) não respondeu. Os hospitais citados foram: Hospital Dante Pazzanese e Hospital Infantil Cândido Fontoura (5S) e Hospital Israelita Albert Einstein (CQH - Controle de Qualidade Hospitalar).

Achado substantivo desta pesquisa é que 20 (77%) dos respondentes já implantaram ou estão implantando algum sistema (iniciativa) de qualidade; os outros 6 não implantaram e nem estão implantando. Na pesquisa de Malik e Teles (2000) apenas 22,7% dos respondentes tinha programa de qualidade implantado ou em implantação, e já naquele momento a maior parte desses serviços era de hospitais públicos (31,8%). Embora não se possa comparar as amostras, as respostas atuais refletem ainda mais interesse pelo assunto. Desses 20, 9 são administrados por OSs (ou seja 69% dos 13 que receberam o questionário) e 11 são da administração direta (ou seja 50% dos 22 que receberam o questionário), respectivamente 45% e 55% dos respondentes. Isto evidencia, proporcionalmente, uma quantidade maior de hospitais administrados por OSs preocupados com o assunto qualidade, se comparados com os da administração direta. Talvez isto se deva ao fato de que existe, em função do contrato de gestão e de se tratar de um modelo novo, ainda sob observação, uma maior cobrança externa e interna nesses hospitais, buscando demonstrações mais objetivas de desempenho.

Um dos hospitais respondentes que implantaram ou estão implantando algum modelo / programa / atividade de qualidade teceu comentários específicos a respeito da

ferramenta aplicada (questionário) e da relação com a Secretaria de Saúde. Em relação ao questionário, afirmou que há uma valorização da informatização nos processos de implantação de qualidade, o que refletiria uma expectativa falsa a respeito da importância deste elemento para a qualidade hospitalar. O hospital em questão não possui rede conectando seus computadores, e afirma se preocupar mais com a qualificação dos funcionários, em última instância os usuários das máquinas, e com o desenvolvimento de publicações científicas pelos colaboradores.

Quanto à Secretaria de Saúde, este mesmo entrevistado relatou a dificuldade em obter recursos e colaboração, mesmo estando na dianteira do processo de implantação de programas/iniciativas de qualidade em relação à grande maioria dos outros. Segundo este respondente trata-se de uma necessidade apresentada pela Secretaria, de se preocupar com os hospitais que enfrentam maiores dificuldades. Ou seja, talvez o fato de o hospital estar mais avançado que seus congêneres seja o motivo para a menor preocupação da Secretaria com o seu desenvolvimento.

O questionário apresentava ainda um espaço reservado para comentários. Seis hospitais (5 que implantaram algum programa/modelo/atividade de qualidade e 1 que não implantou) utilizaram o campo para especificações a respeito dos programas adotados ou de características específicas de suas organizações. Os comentários encontram-se reproduzidos em anexo (*ANEXO 6*).

#### VI.2.2. Hospitais com implantação de Programas/Modelos/Atividades de Qualidade

Sete dos 20 respondentes que se enquadram nesta categoria afirmaram ter contado com algum orçamento ou rubrica orçamentária específicos para a implantação do sistema de qualidade em seus hospitais, um deles não respondeu à questão e os outros 9 responderam negativamente. Desses 7, um era administrado por OSs e seis eram da administração direta. A maioria dos que responderam negativamente acusaram, como fonte de recursos destinados à implantação, os próprios orçamentos hospitalares para custeio, os Contratos de Gestão (particularmente os hospitais administrados por O.S.s), um citou o adiantamento para despesas miúdas e outro a colaboração de chefias e funcionários.

Os modelos implantados por estes hospitais foram: Acreditação/ONA, CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, ISO, 5S, SIPAGEH, TMQ - Gestão da Qualidade Total, REFORSUS, PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, Amigo da Criança, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e ainda o PQSP – Programa de Qualidade do Serviço Público, o qual apareceu em “outros” já que não se encontrava entre as opções do questionário. A Humanização apareceu como uma palavra de ordem nesta área, sendo mais citada do que programas tradicionais da área, tanto no atendimento ao cliente quanto no relacionamento em relação aos funcionários, sugerindo que o estímulo governamental de fato teve sucesso entre os dirigentes do setor.

Tratando-se da questão de há quanto tempo ocorreu a implantação 5 dos 20 assinalaram a alternativa “menos de 1 ano”; 4 referiram “entre 1 e 3 anos”, 2 mencionaram “entre 3 e 5 anos” e 3 afirmaram ter o programa “há mais de 5 anos”. Quatro se declararam “em implantação” e dois não responderam. Ou seja, a maioria dos programas/modelos/atividades foram implantados recentemente (65% há menos de 3 anos), portanto após a pesquisa de 1999, oferecendo uma explicação para a discrepância entre os resultados.

Entre os motivos para a implantação, enumerados em ordem de importância durante o preenchimento dos questionários, os mais valorizados foram “melhoria da assistência prestada”, seguida por “melhoria da organização”, “aumento da satisfação do usuário” e “aprimoramento dos funcionários”. Dezesesseis respondentes afirmaram que seus sistemas foram selecionados pela Direção Superior dos hospitais (80%); apenas 2 (ambos da administração direta) indicaram a Secretaria de Saúde como responsável pela escolha, demonstrando uma certa autonomia em relação a esta última, pelo menos no que respeita a programas de melhoria de qualidade.

Um dado semelhante ao da pesquisa de Malik e Teles (2000) foi o referente aos gastos envolvidos na implantação do sistema: 11 hospitais responderam que não houve gastos, não houve mensuração deste dado ou deixaram em branco o espaço para respostas, denotando o não acesso ao dado por parte do respondente ou seu desconhecimento a respeito. O valor informado quanto a custos de treinamento variou de

R\$ 600,00 a R\$ 45.000,00, sendo que a maior parte das respostas se concentrou em torno de R\$ 5.000,00.

Em relação a gastos com consultorias, apenas um dos respondentes preencheu o campo, relatando um gasto um pouco maior que R\$ 60.000,00; quanto a transformação física houve três respostas positivas: uma, referindo pouco mais de R\$ 200.000,00, uma informando R\$ 79.000,00 e outra R\$ 150.000,00. Cinco hospitais ainda não incorreram em despesas com transformação física em seus processos de implantação, possivelmente por serem novos e ainda não terem sentido a necessidade.

Quanto às facilidades encontradas na implantação, a mais valorizada foi o envolvimento da Direção Superior, seguida pela credibilidade da gerência, em terceiro lugar o interesse do corpo funcional pela qualidade e a atitude favorável a mudanças. Também foram citados: acesso a treinamento durante o processo de implantação e interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc.). Estes achados corroboram aqueles de Schiesari (2003), em hospitais públicos e privados submetidos a processos de avaliação externa bem sucedidos. As dificuldades mais importantes para os processos vivenciados pelos respondentes foram: muito tempo até a obtenção de resultados, peculiaridades do setor de saúde conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade, falta de formação do pessoal envolvido e dificuldade de envolvimento do corpo funcional. Também foram citados custos elevados, resistência da gerência, resistência dos funcionários e dificuldade de envolvimento da Direção Superior.

100% dos respondentes dos hospitais que têm iniciativa de qualidade afirmaram monitorar indicadores, contrariando os achados de Escrivão Junior (2004) em pesquisa realizada em 2000 junto aos hospitais sob administração direta da Secretaria de Estado da Saúde subordinados à Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Mais uma vez isto pode ser atribuído ao tempo decorrido entre ambas investigações apontando para uma evolução na gestão dos serviços. Ou ainda à crença generalizada entre gerentes hospitalares de que eles usam indicadores, mesmo que não o façam.

Divididas em cinco grupos (financeiros, de qualidade, de produtividade, de recursos humanos e outros), as respostas foram muito variadas. Entre os indicadores financeiros foram citados, entre outros, a Análise de receita e despesa em implantação, valores recebidos pela SES através do SAI/SUS, custos de serviços terceirizados despesas com pessoal, despesas com custeio, despesas com capital / investimento, e variações de indicadores como FIPE, UFESP, UFIR, Dólar e Juros. Entre os indicadores de qualidade as menções mais encontradas foram Ocupação, Média de Permanência, Renovação, Substituição, Mortalidade, Cirurgias Suspensas, Taxas de Cesárea e de Infecção Hospitalar, Apgar 1º e 5º minutos, pesquisa de opinião do cliente e Satisfação do Cliente interno e externo. Entre os de produtividade estão a produção X capacidade instalada, taxa de ocupação, tempo médio de permanência, índice de renovação, número de altas e óbitos, número de cirurgias, número de exames laboratoriais e diagnóstico por imagem, taxa de reinternações não programadas e média de permanência por dia. Por fim, em meio aos de recursos humanos encontramos número de admissões e de desligamentos, número de médicos em função assistencial, número de enfermeiras, número de funcionários contratados e terceirizados, número de horas trabalhadas, número de acidentes de trabalho e atividades de treinamento por tema, carga horária e número de participantes por área.

Dispor de indicadores, especialmente daqueles exigidos pelo nível central, não é sinônimo de monitorá-los, então valeria a pena verificar num momento posterior o uso feito deles. Seja como for, os respondentes demonstraram conhecimento a respeito do assunto.

Dois hospitais que implantaram ou estão implantando sistemas de qualidade relatam não dispor de resultados a apresentar até o momento da pesquisa e um não respondeu às perguntas quanto aos resultados obtidos. Os dezessete restantes mencionaram, entre os resultados positivos, em ordem decrescente de importância, aumento da satisfação dos usuários, participação dos funcionários, responsabilização dos funcionários, aumento da satisfação dos mesmos, racionalização dos processos, melhora nos indicadores de eficiência e redução dos custos. Cinco hospitais encontraram resultados inesperados, em todos os casos, positivos: canalização da cultura da qualidade

para processos fora do escopo da certificação, descoberta de novos talentos dentro da organização, resultados assistenciais voltados ao programa de parto humanizado e a reunião da equipe em um objetivo comum; reflexão sobre o consenso de algumas questões técnicas apresentadas no roteiro do CQH. A pesquisa de Schiesari (2003) e o trabalho de Malik e Teles (2000) mostram que a falta de resultados objetivos de fato é um problema em hospitais brasileiros, principalmente no sentido de convencer as pessoas a se dedicarem a este tipo de programa.

Apenas 3 respondentes declararam ter se deparado com resultados negativos. Os únicos explicitados foram o aumento dos conflitos internos e a dificuldade de sensibilizar os órgãos superiores para alguns problemas.

#### VI.2.3 Hospitais sem implantação de Programas/Modelos/Atividades de Qualidade

Nos 6 respondentes enquadrados nesta categoria não houve a decisão de não implantação de sistemas de qualidade: em três a possibilidade de implantação ainda não tinha sido discutida e nos outros três o processo estava em discussão. Portanto possivelmente para os hospitais que responderam este questionário e ainda não se tinham proposto a implantar um programa o assunto ainda não ocupava posição de destaque entre as preocupações da direção superior.

Alguns motivos para a não implantação foram declarados por dois dos respondentes, entre eles a falta de recursos e o alto custo de implantação, seguidos pela inadequação do sistema ao hospital e peculiaridades do setor de saúde, que conflitariam com os conceitos de sistemas de qualidade. Em dois hospitais houve a tentativa de implantação do PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; a implantação fora abandonada nos dois casos.

Os respondentes foram unânimes quanto à intenção de implantar algum sistema de qualidade. A acreditação pela ONA e o CQH - Controle de Qualidade Hospitalar aparecem com duas menções. O PNHAH - Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, o 5S e o PNQ - Prêmio Nacional de Qualidade aparecem uma vez cada. O último hospital não revelou qual sistema pretendia utilizar.

Três dos respondentes afirmaram pretender realizar a implantação em menos de 1 ano, um entre 1 e 2 anos e outro dentro de 2 a 3 anos, enquanto 1 declarou ainda não possuir resposta para a questão, ou seja apenas quatro ainda no governo atual. Mudança de governo sempre traz consigo o risco de mudança de política no nível central e de mudança nos quadros dirigentes, o que permite questionar a real intenção dos respondentes ou aplaudir sua visão de longo prazo. Da mesma maneira, houve 3 respostas em branco e 1 “não estimado” para a questão a respeito da previsão de gastos no processo; 1 estimou um valor por volta de R\$ 500.000,00 para informatização e de R\$ 400.000,00 para transformações físicas, outro apenas observou que em uma primeira fase os gastos em treinamento seriam originários dos recursos próprios do hospital.

### VI.3. Observações

O assunto qualidade em hospitais parece ser preocupação atual da Secretaria de Estado da Saúde. Por exemplo, em 26/12/2003 foi publicada, no Diário de São Paulo, uma coluna, assinada pelo Secretário da Saúde, sob o título “Jovens acolhedores” tratando, especificamente, da importância da humanização do atendimento nos hospitais. O Secretário deixou clara, neste artigo, a existência de uma preocupação com a qualidade do atendimento hospitalar e de uma mobilização, no nível central, objetivando a implantação de programas de humanização. A iniciativa “Jovens Acolhedores” consiste na contratação e treinamento de 500 jovens universitários, os quais serão responsáveis pelo primeiro contato com paciente, isso é, pela sua recepção. Segundo a mesma coluna o programa vem obtendo grande aceitação por parte dos pacientes nos hospitais em que já está em prática (95% dos pacientes aprovam). Quatro dos cinco entrevistados de nível central da presente investigação se referiram a este programa, de maneira implícita ou explícita, o que faz crer que a questão está sendo tratada em reuniões do nível central. No entanto, foi possível observar que para diferentes hospitais o entendimento dos termos “qualidade” e “humanização” é bastante variável. O mesmo ocorre entre as instâncias hospitalares e o nível central. Finalmente, a percepção do nível central sobre o que ocorre nos hospitais tampouco é homogênea. Esta situação pode retratar uma deficiência de

comunicação, considerada com frequência um dos assuntos críticos a respeito de programas de qualidade.

Em um dos hospitais onde foi respondido o questionário e ocorreu visita do pesquisador no decorrer do período, a convite do diretor, o programa está implantado. Ali foi possível observar um processo de humanização, no qual se inserem os acolhedores, mas também, o trabalho dos Doutores da Alegria, a existência de uma brinquedoteca e de profissionais com a função de ouvir os pacientes, diminuindo uma possível sensação de abandono e hostilidade do ambiente. Foi possível observar que a “humanização” surge como uma grande onda, tanto no nível central quanto nas unidades de saúde. No entanto, ela se encontra ainda pouco estruturada e articulada entre os hospitais; as iniciativas surgem isoladamente, sem a existência de um padrão ou de uma troca efetiva de experiências entre os diferentes níveis da Secretaria ou entre os hospitais.

O nível central da Secretaria não colocou qualquer dificuldade para a concessão das entrevistas, uma vez apresentado e aprovado o projeto. Os hospitais, porém, demoraram para responder o instrumento que lhes foi apresentado, sendo que apenas 74,29% dos dirigentes devolveram o questionário preenchido, apesar de o encaminhamento inicial ter sido feito formalmente pela Secretaria, a qual direta ou indiretamente é responsável pelos hospitais. Numa situação diferente, o índice de respostas poderia ter sido considerado alto, mas com este tipo de encaminhamento pode-se considerá-lo decepcionante. Os hospitais administrados por OSs foram mais propensos a responder (85% dos questionários enviados foram respondidos) que os da administração direta (68% de questionários devolvidos). Dos respondentes, apresentavam alguma iniciativa de qualidade um total de 77%, sendo 81,8% dos hospitais administrados por OSs e 69,2% daqueles sob administração direta, o que permite pensar num viés, tendo em vista a experiência da pesquisa anterior: hospitais com iniciativas de qualidade identificáveis se sentiram mais confortáveis para responder.

Durante as visitas realizadas a alguns hospitais, durante o período da pesquisa e sempre a convite de seus diretores tornou-se clara a falta de perspectiva em relação a iniciativas de qualidade de cunho institucional, estimuladas ou não pela Secretaria de Saúde. Apenas um serviço demonstrou continuidade de programas voltados para o

assunto. O Governo do Estado foi ocupado desde 1995, portanto em duas gestões e meia, por apenas dois governadores, do mesmo partido. Um deles foi re-eleito, faleceu no meio de seu segundo mandato, que foi assumido pelo seu vice-governador, que por sua vez foi eleito como governador no pleito seguinte. Neste período houve apenas dois secretários de estado da saúde, um que completou dois mandatos e o segundo, atualmente no poder desde o início de 2003, que foi secretário adjunto em boa parte da gestão anterior. Isto permite afirmar a possibilidade de políticas de duradouras foi real. Houve, porém, alguma rotatividade entre os dirigentes de hospitais, que continua. Na primeira gestão mencionada (1995-1998) houve um estímulo explícito ao aprimoramento das atividades gerenciais e assistenciais dos hospitais da Secretaria. O hospital que apresenta o programa mais longo tem o mesmo diretor há mais de 10 anos, o que significa que se mantém há pelo menos três gestões, ou seja, vem desde um governo de partido diferente. Isto fala a favor da teoria de que um dos fatores decisivos para o desenvolvimento de iniciativas de qualidade é a perspectiva de longo prazo.

Durante uma visita a um hospital sob administração direta, na entrevista com o diretor obteve-se a resposta de que a Secretaria de Saúde não havia participado institucionalmente de atividades explicitamente voltadas à busca por melhoria de qualidade até aquele momento (Janeiro de 2004). O hospital em questão está implantando o programa 5S pela segunda vez (a primeira foi interrompida no 3º S por falta de verba suficiente; a segunda tentativa, iniciada a partir do começo de 2003, estava obtendo sucesso, já tendo atingido o quarto S no segundo semestre, quando estava sendo realizada a investigação). Isto chama a atenção, porque de maneira geral uma organização que não consegue implantar determinado programa não volta a tentar o mesmo, optando por uma experiência ainda sem estigmas. Os principais gastos estão sendo destinados à modernização da área física e a treinamento.

Os principais resultados já alcançados, segundo esse diretor, estavam sendo a mudança de cultura organizacional e a descoberta de novos talentos. O envolvimento dos funcionários no processo foi crescente: inicialmente tinha havido resistências, mas no momento da entrevista havia participação ativa e voluntária, nas atividades propostas. A descoberta de talentos estava sendo possibilitada pela oportunidade que os funcionários

tinham passado a ter, de falar em público a respeito de cursos e treinamentos dos quais estivessem participando. Todas as quintas feiras de manhã eram realizadas palestras abertas, para as quais eram convidados palestrantes externos ou algum funcionário.

Iniciativas de humanização também tiveram espaço nesse hospital. Como exemplo, grupos que se encontravam para que os pacientes pudessem falar e ser ouvidos. A melhora na assistência propriamente dita era mensurada por meio de pesquisas específicas de opinião respondidas pelos pacientes e do PNASH (Programa Nacional de Avaliação da Satisfação do Serviço Hospitalar). Segundo o próprio diretor, *“apesar de esperarem por volta de 4 horas para serem atendidos os pacientes permanecem, em média, 29 minutos junto ao médico, o que é um tempo significativo”*. Caberia aos cidadãos e usuários do Sistema de Saúde refletir sobre em que consiste esse “tempo significativo” e se esperariam quatro horas para serem atendidos, caso tivessem outra opção.

De fato, um dos indicadores de qualidade citado foi a quantidade de tempo que o paciente permanece com o profissional médico. Segundo o diretor entrevistado, isto independe do (ou supera em importância o) tempo de espera para o atendimento. Schiesari (2003) apresenta como resultados da implantação de programas de qualidade em hospitais brasileiros a redução do tempo entre confirmação do diagnóstico de câncer e realização inicial de procedimento terapêutico (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia). O tempo de espera na assistência é de fato considerado um indicador, pois faz diferença tanto no resultado do cuidado propriamente dito quanto na percepção que o paciente tem a respeito.

Outro aspecto mencionado se refere à possibilidade de controle por parte dos gestores, reforçando os dados de Pena (2000). A padronização de medicamentos, do material de consumo e de condutas é um passo importante para esse fim, bem como sistemas de informação comparáveis entre si, como os desenvolvidos para os hospitais administrados por OSs, conforme citado pelos entrevistados de nível central e não valorizado com a mesma intensidade pelos diretores de hospital. Estas padronizações, idealmente, além de permitir controles administrativos ainda deveriam aumentar a segurança para os pacientes, reduzindo variações inexplicáveis ou evitáveis.

Os gerentes de hospitais parecem ter menos informação do que se consideraria desejável, talvez de forma ainda mais acentuada entre os de administração direta que entre os administrados por OSs e corroborando os achados de Ferreira Jr (2004). Esta situação tende a ser modificada com a implantação de programas de qualidade, que em sua maioria incentivam a implantação de sistemas de informação e, quando se trata de modelos de avaliação externa, os exigem.

Um dos programas mais citados nesta pesquisa é o de Humanização, que segue uma diretriz do Ministério da Saúde, que se continua de gestões anteriores, estimulando sua implantação em serviços públicos. Aí há espaço para atender aos reclamos da população por uma assistência mais personalizada, às reivindicações dos trabalhadores por um reconhecimento e à necessidades de reformas de área física atendendo, inclusive àquilo que Donabedian (1980) chamava de amenidades (MALIK, 1996).

Um outro hospital, também visitado, participa ativamente de reuniões mensais promovidas pela Secretaria para a troca de experiências entre hospitais que possuem alguma iniciativa de “humanização”. Neste hospital, além do 5S, foram implantados: Amigo da Criança, Acesso dos Pais à Unidade de Berçário Patológico, Livre Acesso do Pai ao Alojamento Conjunto, Brinquedoteca, Mãe Acompanhante na Pediatria, Mãe Acompanhante no Centro Cirúrgico, Mãe Acompanhante na Unidade de Queimados, Mãe Acompanhante na Unidade de Queimados, Permanência de Acompanhante Junto ao Idoso, Apoio Psicológico à Criança no Pré-Operatório Eletivo, Projeto de Atendimento à Vítima de Violência Sexual, Método Canguru, Ludoterapia na Espera do Ambulatório Infantil de Queimados, Coral do Hospital, Visita de Gestantes ao Hospital, Voluntariado e Cuidar de Quem Cuida.

Todos as iniciativas elencadas acima têm como objetivo tornar mais agradável a permanência no hospital, tanto do paciente como dos funcionários, não impedindo o convívio familiar, promovendo a integração dos funcionários, o atendimento às suas necessidades assim como às do paciente e procurando considerar as histórias específicas de cada indivíduo. Em anexo (ANEXO 7), um documento cedido pelo hospital com os objetivos específicos de cada um desses programas, assim como resultados e dificuldades encontradas.

Houve a oportunidade de participar da última Reunião de Humanização (PNH) de 2003, em 08/12/2003, durante a qual foi realizado um balanço dos resultados atingidos e dos que ainda deveriam ser buscados, além de uma discussão aberta sobre o significado de “humanização”. Concluiu-se que o termo se referia mais a *como se faz* do que a *o que se faz*, trata-se de um olhar que considera as pessoas em seus contextos e que deve estar presente em todas as relações e ações dentro da instituição. A alteração da cultura e o aumento das responsabilidades de cada um dos atores do SUS faz-se necessária para que as iniciativas sejam realmente efetivas.

Elementos citados nesta reunião como bases para a “humanização” foram a gestão participativa, hierarquias menos rígidas, diálogo entre os profissionais, trabalho em equipe, troca e construção de saberes e educação permanente, com componente afetivo além do cognitivo (já que a maior parte dos funcionários não tem uma formação “humanística”). A articulação com outros programas e a construção de indicadores também se faz necessária.

Os parâmetros para acompanhamento e implantação do PNH não são muito claros, além de serem referidos a padrões básicos, revelando apenas se determinado hospital tem potencial para ser “humanizado” (ex: visita aberta e familiar participante). Outro desafio a ser considerado é como obter um atendimento humanizado, em estruturas grandes e complexas com hierarquias fortes e comando muitas vezes baseado em interesses políticos?

A possibilidade de troca real de experiências pode ser um caminho para tornar o processo de “humanização” mais homogêneo entre as unidades de saúde, o que pode ocorrer mediante banco de dados ou mesmo agendamento de visitas e apresentações nos diversos hospitais por gestores ou funcionários de outros. Na mesma reunião foi apresentado um novo projeto (“acolhimento”) definido como trabalho de universitários na recepção de pacientes em troca da quitação de suas mensalidades, referido ao projeto de jovens acolhedores.

Embora já tenha sido colocada em prática por alguns hospitais, a “humanização”, com todas as suas iniciativas, foi acatada pela grande maioria dos gestores após uma imposição política do nível central da secretaria e não como resultado do trabalho dos

núcleos<sup>8</sup>. A discussão sobre o tema dessa mesma reunião vem ao encontro de um documento elaborado e distribuído pelo Ministério da Saúde (Humaniza SUS, Política Nacional de Humanização), em que a saúde é definida como muito mais do que a ausência da doença, considerando também a qualidade de vida. Dessa forma não basta a criação do SUS para que haja o acesso de todos os cidadãos à saúde, mas é necessária também a mudança nos modelos de atenção e de gestão. “Acolhimento” continua sendo uma das palavras de ordem na política de saúde, mas é outra daquelas que vem sendo interpretadas de forma livre pelos diferentes componentes do sistema e envolve programas que podem se dirigir tanto a trabalhadores da saúde quanto a usuários, tanto pacientes quanto seus acompanhantes ou familiares.

Termos como *gestão participativa*, *troca de saberes*, *trabalho em grupo* e *educação continuada* aparecem com ênfase neste mesmo documento. Fica clara a necessidade de haver um olhar mais cuidadoso em relação ao funcionário de saúde e espaço para que este se manifeste, se envolva nos processos dos quais seu trabalho é parte e participe ativamente da resolução de conflitos.

Talvez a formação de uma rede entre os hospitais gerasse uma troca de experiências mais eficiente e coesa que as reuniões realizadas mensalmente. Isto poderia ser um caminho para tornar o processo de aprimoramento da gestão e da assistência mais homogêneo entre as unidades. O nível central já está se preocupando em uniformizar os sistemas de informação, de maneira a permitir, pelo menos, comparabilidade entre os dados coletados.

Até o momento, porém, chama atenção a diferença entre as percepções dos dirigentes do nível central e os gerentes de hospital a respeito do assunto. Outro achado é o fato de que nem todos os hospitais considerados entre os melhores pelo nível central têm programa de qualidade e há alguns entre os piores que alegam terem iniciado os seus.

---

<sup>8</sup> os núcleos de humanização de cada hospital participam das reuniões mensais e são responsáveis por apresentar o que foi discutido em suas unidades assim como levar suas experiências particulares às reuniões.

## VII – Comentários

Os programas de qualidade, assunto desta pesquisa e ainda em questão nas principais discussões ligadas ao setor da saúde, são facilmente identificados pelos administradores das unidades de saúde como modelos em implantação, implantados ou não contemplados. Há duas questões a considerar. Uma delas foi estudada no recente trabalho de Schiesari (2003), realizado na realidade brasileira: até que ponto iniciativas de qualidade ou evidências de qualidade obtidas por meio de avaliações externas de fato levam ao aprimoramento do cuidado prestado nos hospitais, que também foi abordada por Berwick et al (2003). A outra tem ligação direta com o documento da Organização Mundial da Saúde para a Europa (OVRETVEIT, 2003), onde se questiona os métodos utilizados para aumentar a segurança e a qualidade nos serviços de saúde, tendo em vista a realidade universalmente encontrada de má qualidade, falta de segurança e desconsideração das reais necessidades dos pacientes.

Os textos clássicos de qualidade já apontavam para o que foi encontrado nesta pesquisa e os achados de Schiesari (2003) e Ovretveit (2003), no sentido de que é imprescindível trabalhar com estratégias de longo prazo (de 2 a 5 anos), para conseguir melhorar a segurança dos pacientes e trabalhadores envolvidos e conseqüentemente aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Iniciativas, como trabalhado aqui, foram consideradas como um método específico para uma proposta específica e pontual, enquanto uma estratégia considera a organização como um todo tendo em vista um determinado período de tempo.

A existência de modelos endossados pelo Ministério da Saúde em diferentes gestões, de diferentes partidos, ou daqueles endossados pelo Governo do Estado, faz crer que se acredita na existência de formas reais para melhorar o atendimento prestado à população. Esta crença serve de motor para uma série de atores potencialmente envolvidos no assunto (governo, parceiros, população) servirem como grupos de pressão na defesa de diferentes modelos/ atividades / programas de qualidade. No caso brasileiro é fácil observar o interesse do governo, organizações não governamentais e parceiros

pelo assunto. O mesmo não pode ser dito em relação à população: trata-se de uma questão ainda pouco debatida por aqueles diretamente beneficiados pelo sistema público de saúde. Apesar da legislação brasileira prever saúde como um direito, de haver mecanismos de controle social como uma das bases do SUS e apesar dos discursos que introduzem as questões da qualidade se iniciarem freqüentemente com o assunto da publicação do Código de Defesa do Consumidor e da maior consciência da população a respeito da saúde, não se vê, de verdade, o cidadão mobilizado na defesa de seus direitos neste campo. Existe uma noção geral da qualidade que deveriam encontrar e não encontram, existem expectativas em relação ao que buscam e, assim, suas reclamações são relacionadas aos sintomas dos problemas do sistema, como a falta de médicos.

Por isto, o trabalho de Castellanos (2002), realizado num serviço público, comprova que a percepção da população em relação à qualidade de um serviço não equivale à dos gerentes do mesmo serviço. Este achado não justifica o comentário freqüentemente ouvido de que a população não sabe avaliar adequadamente os serviços de saúde. Sabe, sem dúvida, mas seus critérios não são os mesmos dos técnicos nem dos gerentes e é normal e esperado que assim seja.

Ainda que haja cada vez mais iniciativas no Brasil e em outros países, não se pode afirmar qual o caminho a ser seguido, que ações terão resultados garantidos, entre as diversas estratégias, modelos e programas possíveis. Ovretveit (2003) levanta duas questões: qual estratégia seria a mais apropriada e com a melhor relação custo/ benefício para um determinado hospital em uma situação específica e qual sistema de qualidade deveria ser promovido pelo governo e entidades envolvidas. O Brasil vive esta mesma dúvida, principalmente porque nos órgãos governamentais (Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais e autarquias diversas) não há consensos quanto às políticas ou iniciativas existentes. Cada um que se interessa pelo assunto, (o que já não representa a maioria dos atores), defende a que lhe é mais familiar, que lhe traria mais vantagens (configurando conflitos de interesse), a que fosse mais barata ou a que permitiria resultados de maior visibilidade, entre diferente possibilidades.

Estas dúvidas são cabíveis porque não há evidencias concretas sistematizadas dos resultados de uma ou outra estratégia. Apesar de haver alguma sistematização em

relatórios de equipes que implantaram algum programa/atividade/modelo de qualidade e estudos a respeito do assunto, não existe um número significativo/suficiente de pesquisas científicas. No Brasil, por exemplo, há algumas investigações em andamento, poucas divulgadas, quase todas vinculadas com atividade acadêmica, poucas relacionadas a resultados das iniciativas e menos ainda voltadas a comparar indicadores antes e depois da sua implantação, como é o caso do trabalho de Schiesari(2003). Conseqüentemente é difícil atribuir, frente aos resultados obtidos em uma certa unidade ou ainda na saúde municipal, estadual ou nacional, quais são conseqüência da implantação de que tipo de ações (entre as quais iniciativas de qualidade). Por exemplo, o trabalho de Schiesari (2003) mostra o inquestionável aumento de horas/treinamento num hospital, onde se compara a situação anterior à implantação de um sistema de qualidade à posterior a uma avaliação externa que evidenciou que os critérios estavam sendo atingidos. A eventual melhora nos resultados clínicos observada terá sido devida à maior intensidade de educação continuada, ou ao programa de qualidade em si?

Seja como for, a literatura permite afirmar que não se pode recomendar uma estratégia no lugar de outra com base em evidências de eficiência, facilidade de implementação ou custos. Isto serve, por exemplo, para as intermináveis discussões com referência aos diferentes modelos de avaliação externa existentes, no Brasil e no mundo. A tendência mundial, observada nos Congressos da área, é de os modelos confluírem, mas no Brasil ainda ocorre uma disputa entre os avaliadores, possivelmente movida por interesses comerciais. Os serviços, que são quem termina por se decidir por um ou outro modelo, têm pouco no que se basear exceto simpatia, acesso a informação, nível de exigência percebido ou preço. Na Secretaria, por exemplo, não há um modelo preconizado, basta ver a quantidade de modelos implantados seguindo a orientação dos dirigentes.

Pesquisas apontando para alguns resultados encontrados, descrevendo estratégias e analisando formas alegadamente bem sucedidas de implantação podem ajudar os tomadores de decisões da área. Diversas estratégias já ganharam espaço na literatura. Ovretveit (2003), em seu trabalho feito para a OMS-Europa sugere 13:

- *A busca por mais recursos* (aqui incluídos todos os tipos de recursos) para que um maior número de pacientes possam ser atendidos, ou o mesmo número possa ser atendido mais rapidamente ou, ainda, para que o atendimento seja melhorado e alcançado um menor custo por pessoa. No Brasil, isto ajuda o aumento de cobertura e o acesso, viabilizando a equidade no âmbito do SUS ;
- *A reorganização global das organizações envolvidas* ou pelo menos um aprimoramento na gestão financeira, facilitando o aprimoramento na tomada de decisões e na utilização dos recursos. Está-se falando em mudança nos modelos de gestão, desde a capacitação dos gestores até o funcionamento da organização. No SUS havia uma determinação do governo anterior de que os gerentes de serviços ligados ao sistema passassem a ter como pré-requisito um curso de especialização em gestão, mas no primeiro semestre de 2004 esta determinação foi revogada, colocando em questão a profissionalização dos gerentes;
- *O estabelecimento de padrões e metas*, para que se torne claro o que é esperado dos trabalhadores da saúde, melhorando a comunicação, promovendo treinamentos e fortalecendo os padrões estipulados. Comunicação tem sido um problema nos serviços de saúde brasileiros (MALIK; PENA, 2003) e sem comunicação não se consegue implementar inovações, entre as quais iniciativas de qualidade (SCHIESARI, 2003);
- *A reformulação da gestão*, isto é, a melhora da qualidade com o aumento da assunção de responsabilidades administrativas, autoridade e competências, evidenciando alguns achados de Malik e Teles (2000) e de Pena (2000);
- *O foco nos direitos dos pacientes* e o auxílio a aumentar seu grau de conhecimento a respeito dos serviços prestados, consistindo basicamente em abrir espaço para ouvi-los, em suas manifestações e dialogar com eles, ou garantindo seus direitos e a qualidade no atendimento através da legislação. No Brasil observa-se cada vez mais iniciativas no sentido de ouvir o usuário, mas não necessariamente elas redundam em instrumentos utilizados para a tomada de decisões e não necessariamente eles são construídos de forma específica (CASTELLANOS, 2002; RONCATTI, 2002; )
- *O reforço ao sistema de administração de qualidade*, definindo responsabilidades relacionadas à qualidade e criando estruturas e sistemas para garanti-las, o que varia entre

os países, já que os padrões não são os mesmos. O trabalho de Terra (2000) demonstra este tipo de experiência na realidade brasileira;

- *A implantação de sistemas de avaliação externa*, por exemplo acreditação: os sistemas de acreditação diferem entre si pelo modo como os diversos aspectos dos processos operacionais do hospital são abordados e se qualidade resultante é considerada em tal abordagem, como mostra Schiesari (1999). Ela ainda contraria a opinião de alguns especialistas, que acreditam que os programas de acreditação de hospitais não são recomendados para países em desenvolvimento, que disponham de recursos escassos, pois de fato trata-se de adaptar os critérios para as diferentes realidades. Melhorar é sempre possível, desde que se inicie o processo em algum momento;

- *Conhecimento e implantação de modelos como TQM ("Total Quality Management") e CQI ("Continuous Quality Improvement")*: o primeiro constitui-se em uma série de princípios e métodos aplicados de diversas formas, focando nas pessoas, no bem-estar do paciente e nos serviços prestados. Trata-se da constituição de grupos de trabalho multidisciplinares para analisarem os processos e para que mudanças sejam propostas. O CQI, por sua vez, é apresentado, muitas vezes com o mesmo significado do TQM. De fato, no Brasil um dos serviços privados mais reconhecido inclusive entre os dirigentes participantes da amostra deste projeto começou com este tipo de iniciativas (BARBOSA, 1995) e o mesmo foi observado na amostra atual;

- *A implantação de grupos colaborativos*, que dão suporte à estratégia de colocar juntos times de projetos originários de diferentes hospitais, com reuniões trimestrais durante meses para que as vitórias sejam narradas assim como novos caminhos e procedimentos possam ser aprendidos, conforme proposto por alguns dos entrevistados neste projeto e conforme documentado por Terra (2000);

- *A introdução de reengenharia*, o que obriga a repensar e, eventualmente, redesenhar radicalmente os processos (e não necessariamente reduzir pessoal, como vem sendo equivocadamente confundido com este conceito) (MALIK, 1996);

- *O conhecimento e a comparação de indicadores de qualidade entre hospitais*, que podem ser usados para motivar pacientes, médicos e administradores a promover

mudanças, o que só pode acontecer se os dados forem públicos, divulgados (TELES, 2003 e SCHIESARI, 2003);

- *A disseminação do “benchmarking”*, que prega o uso de informações comparativas a respeito da qualidade junto a outros métodos para que as melhores práticas sejam conhecidas e possam ajudar os tomadores de decisões em suas escolhas e ações, diferentemente dos achados de Malik e Pena (2003); e

- *A introdução da administração de risco*, que identifica os procedimentos e situações que envolvem altos riscos, apresentando a prevenção como um dos objetivos e que ainda é muito pouco utilizada no Brasil (TELES, 2003).

Todas essas estratégias propostas não são suportadas por evidências de resultados e não são novas, assemelhando-se aos já clássicos 14 pontos de Deming dos anos 1970 e a sua revisão para a saúde, feita por Neuhauser no final dos anos 1980. Algumas das pesquisas apresentadas no trabalho de Ovretveit (2003) mostram expectativas daqueles que participaram da implantação de iniciativas ou programas, assim como suas percepções sobre os resultados. No entanto, a maior parte dos documentos encontrados consistem de relatórios elaborados pela própria equipe de implantação dos projetos, o que não fala a favor de análise objetiva. Fica patente a dificuldade de avaliação dessas intervenções e de obtenção de provas de que os resultados sejam devidos realmente à estratégia, e não a outros fatores. O estudo citado foi realizado nos EUA, onde a tradição com acreditação, por exemplo, vem desde os anos 1950, e o governo já criou uma agência especial para a avaliação dessas iniciativas, o que mostra uma realidade bastante diferente da brasileira. (MEYER et al, 2003).

Novo trabalho a respeito desse assunto se dedicar à descrição e análise das estratégias implantadas, buscando informações nos departamentos responsáveis e considerando explicações alternativas para os resultados aparentemente advindos da implantação em questão. Entre os trabalhos ainda incipientes dessa linha podem ser citados os de Carap (1997), Pena (2000), Terra, (2002), Queiroz(2003), entre outros.

Os resultados da presente pesquisa mostram ainda alguns temas cuja discussão continua atual: medidas genéricas em oposição às estratégias específicas. Alguns profissionais acreditam que o aumento de pessoal, de equipamentos e de treinamento é o

melhor caminho para a maior qualidade, enquanto outros defendem que aumentar o existente sem uma clara definição de metas de longo prazo ou sem um plano de trabalho pode não trazer benefícios algum aos pacientes, pelo contrário. Esta mesma corrente acredita ainda que, por outro lado, a implantação de métodos ligados à qualidade, com uma estratégia definida resulta em uma relação custo / benefício muito melhor a longo prazo. Questiona-se, porém, o significado do longo prazo.

Outro debate constante, que ainda é atual e se coloca na discussão entre diferentes modelos de avaliação externa, se refere a uma aproximação individual em contraste com a organizacional. Algumas estratégias focadas no indivíduo consistem, majoritariamente, em mudanças de processos individuais de trabalho, treinamento e implementação de metas enquanto outras defendem que mudanças na organização do trabalho são necessárias para uma melhora real na qualidade e que de outra forma o sistema em vigência não é alterado. Certamente os custos de implementação de um treinamento são menores e trata-se de algo mais fácil de controlar que mudanças organizacionais. Também existe a referência à ISO em relação a outros modelos como acreditação (PENA, 2000), que também opõe uma unidade à organização como um todo.

A implantação de iniciativas de qualidade deveria ser discutida abertamente entre todas as partes envolvidas (gerentes, trabalhadores e população). A pesquisa mostrou a participação da direção central com muita força e de forma diretiva, o que responde a uma racionalidade diferente, de que os gestores sabem o que deve ser buscado e melhorado, de que a divulgação de dados e a conscientização da população consome um tempo excessivo. Em defesa do primeiro ponto de vista há o argumento de que os cidadãos têm o direito de saber o que acontece nos serviços, principalmente na área pública, já que eles estão direta ou potencialmente sob cuidado. No Brasil, isso praticamente não acontece, a população reclama do mau atendimento, do que “sente na pele” ao utilizar serviços de saúde, públicos ou privados.

Ovretveit (2003) ainda apresenta algumas recomendações:

- Realizar levantamentos a respeito de qualidade e segurança presentes nos hospitais;
- Realizar levantamento a respeito das estratégias possíveis de serem implementadas;

- *Considerar os interesses* por trás da apresentação de resultados de cada uma das estratégias, entre os quais os da crescente indústria de consultorias ligadas à qualidade;
- *Analisar as condições específicas*, culturais, políticas e financeiras dos locais onde serão implantadas as estratégias, pois elas são fatores determinantes na obtenção de resultados;
- *Revisar e adaptar* continuamente a estratégia escolhida, frente aos dados colhidos por meio de monitoramento constante;
- *Tentar seguir* por um tempo considerável a mesma estratégia, pois trata-se de conseguir resultados consistentes de longo prazo e não mudar continuamente;
- *Escolher especialistas* para acompanhar a estratégia, tentando evitar opiniões menos baseadas em conhecimento;
- *Questionar continuamente a alocação de recursos*: os recursos gastos em implementações de estratégias que não estejam apresentando resultados poderiam estar sendo gastos diretamente com os cuidados com os pacientes.
- *Combinar diversas fontes de informação*, tentando aprimorar a escolha entre estratégias.

## VIII- Conclusões

### a) com relação à amostra de respondentes:

- 1) os gerentes de nível central da Secretaria evidenciam a continuidade da política, todos eles ocupando posições de mando há mais de uma gestão ou com contato constante com a organização;
- 2) houve mais rotatividade entre os diretores de hospitais, pois após aproximadamente 7 meses da data em que os questionários foram distribuídos aos hospitais pela primeira vez, 6 (mais de 17%) diretores ou superintendentes tinham sido trocados. Menos importante é a constatação de que em dois casos houve mudanças nos nomes dos cargos;
- 3) um achado foi muito semelhante ao obtido em pesquisa anterior: hospitais “melhores” ou que têm iniciativas de qualidade se sentem mais à vontade para responder este tipo de instrumento;

b) com relação à diferença entre hospitais administrados por OSs (ou sob contrato de gestão) e aqueles sob administração direta:

1) os hospitais administrados por OSs parecem mais preocupados com o assunto qualidade, se comparados com os da administração direta.

2) a explicação fornecida pelos entrevistados de nível central é que há uma série de grupos de pressão observando este novo modelo, alguns contrários a ele e outros a seu favor. Outra possibilidade para explicar este achado é que o instrumento “contrato de gestão” garante um controle mais próximo.

3) a existência de um sistema de informações padronizado para o grupo de hospitais sob contrato de gestão permite um controle de suas atividades;

4) a possibilidade de serem premiados ou punidos com o uso do orçamento também pode fazer os hospitais buscarem mais evidências externas de qualidade;

5) os próprios gerentes dos hospitais, dada sua visibilidade, querem garantir uma boa imagem para os serviços.

c) com relação aos programas:

1) a Humanização apareceu como uma palavra de ordem nesta área entre os hospitais públicos estaduais sob administração direta e a aqueles sob contrato de gestão, de acordo com os diretores dos hospitais e com os dirigentes de nível central, tendo sido mais citada do que programas tradicionais da área, tanto no atendimento ao cliente quanto no relacionamento em relação aos funcionários, sugerindo que o estímulo governamental de fato teve repercussão na máquina administrativa.

2) não é clara a motivação, mas 80% entre os respondentes (e 77% da amostra) tinha iniciativas de qualidade, mais concentradas entre as específicas, tendo como a mais presente Acreditação Hospitalar.

3) não foi possível definir claramente os indicadores preferidos pelos dirigentes, mas observou-se que a disponibilidade de sistemas de informação mais eficazes e a cobrança de indicadores pelo nível central aumentou a probabilidade de que o hospital tivesse mais facilidade em se submeter a (e ser aprovado por) avaliadores externos de qualidade.

4) observou-se que os diretores dos hospitais, assim como na pesquisa anterior, conhecem pouco a questão dos custos ou dos gastos envolvidos na implantação do sistema: 11 dos 20 hospitais que implantaram iniciativas responderam que não houve gastos com este processo, não houve mensuração deste dado ou deixaram em branco o espaço para respostas. Qualquer programa de qualidade envolve, no mínimo, treinamento e não há treinamento sem custos, mesmo que o instrutor não cobre pelas horas/aula.

5) os diretores dos hospitais com muita freqüência afirmavam ter indicadores para monitorar seus serviços. Listavam diversos desses indicadores. No entanto, dispor de indicadores, especialmente daqueles exigidos pelo nível central, não é sinônimo de monitorá-los, então valeria a pena verificar num momento posterior se de fato o monitoramento ocorre. Seja como for, os respondentes demonstraram conhecimento a respeito do assunto, com a extensa lista de indicadores que citaram.

6) sistemas de informação comparáveis, como os desenvolvidos para os hospitais administrados por OSs, permitem controle por parte do nível central e *benchmarking* por parte dos hospitais. Isto é citado pelos entrevistados de nível central como vantagem dos hospitais sob contrato de gestão e não é valorizado com a mesma intensidade pelos diretores de hospital. Cabe questionar se sistemas de informação podem ser considerados como iniciativas de qualidade. Um dos dirigentes entrevistados, de hospital sob administração direta, não aceitou esta alternativa e a valorização dos sistemas de informação, principalmente informatizados.

d) com relação ao futuro:

1) alguns hospitais que não implantaram programas de qualidade se propõem a fazê-lo nos próximos três anos, o que supera o prazo do governo atual. Como as mudanças de governo sempre trazem implícito o risco de mudança de política no nível central e de alteração nos cargos de confiança, entre os quais os dirigentes de hospitais. Isto permite questionar a real intenção dos respondentes em implantar alguma iniciativa. Também é possível reconhecer, alternativamente, uma visão de longo prazo consistente;

2) alguns dos respondentes propuseram a formação de uma rede entre os hospitais, que permitisse uma troca de experiências mais eficiente, coesa e eficaz que as reuniões atualmente realizadas possa ser um caminho para tornar o processo de busca

pela qualidade mais homogêneo entre as unidades de saúde. A existência de um modelo como o das OSs, ou de contrato de gestão, que faça distinção entre a forma de gestão dos hospitais se justifica se os ganhos institucionais obtidos levarem a um aprendizado para a organização como um todo. Caso contrário, o princípio da equidade perde significado a partir da preocupação com a gestão e chega, rapidamente, à assistência.

IX – Referências bibliográficas

- ANAHP . **Apresentação do Projeto SINHA**. São Paulo, II Encontro de Dirigentes da ANAHP, mimeo, 2004
- ANDRE, Maristela de – Contratos de gestão como instrumentos de promoção da qualidade e produtividade no setor público. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. IPEA, n1, fev 1993
- BARBOSA, Antônio P. – *Qualidade em serviços de saúde*. Dissertação de mestrado. São Paulo: FGV-EAESP, 1995.
- BASTOS, Lélia L. – *O controle de qualidade nos serviços de saúde*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FGV-EAESP, 1993.
- BERWICK, Donald M; JAMES, Brent; COYE, Molly J. – Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care, vol41, n.1* (supplement): I30-9, 2003
- CARAP, Leonardo J. – *A satisfação do usuário como meta da gestão da qualidade total*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FGV-EAESP, 1997.
- CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo – *O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. Tese de Doutorado. São Paulo, FMUSP, 2002
- CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo – A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública, 37(2)*, 201-26, 2003
- CARVALHO, André de O. – *A informática em saúde e fatores críticos de sucesso: um estudo no INCOR*. Tese de Doutorado, São Paulo FGV-EAESP, 2002.
- CASTELLANOS, Pubenza L. – *Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FGV-EAESP, 2002.
- CASTELLANOS, Pubenza L.; SCHIESARI, Laura Maria C.; OSMO, Andre A.; MALIK, Ana Maria. – *QualiHosp: a national quality in health care meeting*. Three years of history and quality improvement. 18<sup>th</sup> ISQua , Conference program and abstracts. P.93, 2001.
- CASTELLANOS, Pubenza L.; SCHIESARI, Laura Maria C.; CRUZ, Magda; MALIK, Ana Maria; VIANNA, Paula C. – *REFORSUS: an effort to improve the quality of hospital care in Brazil*. Case study of 6 hospitals. 19<sup>th</sup> ISQua, conference proceedings, 2002.
- CASTELLANOS, Pubenza L.; MALIK, Ana Maria; CRUZ, Magda; TERRA, Valeria; BARRIOS, Susana R.L.; CORREA, S. – *Brazilian accreditation handbook: an assessment of judgement criteria*. 20<sup>th</sup> ISQua, conference proceedings, v.1, p126, 2003
- CQH – Programa de controle da qualidade do atendimento médico hospitalar do Estado de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde, vol 1, n.1*, 11-3, 1998.
- DONABEDIAN, Avedis – *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro - *Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais*

- públicos da região metropolitana de São Paulo*. São Paulo, FGV-EAESP, NPP, 2004
- FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra – Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio de organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, v.37, n.2, 243-64, 2003
- FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra – *Gerenciamento de Hospitais Estaduais Paulistas: um Estudo Comparativo entre a Administração Direta e as Organizações Sociais de Saúde*. Dissertação de Mestrado, 2004
- LIMA, Sheila Maria L. – O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, v.30, n.5: 101-38, 1996
- MALIK, Ana Maria. – Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Cadernos FUNDAP, jan-abril, 7-24, 1996.
- \_\_\_\_\_ e SCHIESARI, Laura Maria C. – *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Peirópolis, 1998.
- \_\_\_\_\_ – *Programas de qualidade em hospitais*. FGV-EAESP, NPP, Relatório n. 12/2000
- \_\_\_\_\_ e TELES, João Pedro – Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, v.41, n.3, 51-9, 2001.
- \_\_\_\_\_ e CASTELLANOS, Pubenza, L.; CRUZ, Magda; TERRA, Valéria; BARRIOS, Susana R.L.; SCHIESARI, Laura Maria C.; CARNEVALE, Paula – *Qualidade em serviços de saúde: resultado de dois processos de consultoria*. XIV Congresso da ABRASCO. Vol 1, p533, 2003a
- \_\_\_\_\_ e REHEM, Renilson R.; MOURÃO, Marcelo; CARAP, Leonardo;
- PIRES, Rogério D – *Collaborative Centres Program: an attempt to improve the quality of hospital care in Brazil*. 20<sup>th</sup> ISQua, conference proceedings, v.1, p141, 2003b
- \_\_\_\_\_ e PENA, Fabio M. Patrus – *Administração Estratégica em Hospitais*. FGV-EAESP, NPP, Relatório n.21/2003
- MARTELOTTE, Marcela C. – *Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar: sua influência no credenciamento de hospitais em operadoras de planos de saúde*, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, FGV-EBAPE, 2003
- MELLO, Joamel B. e CAMARGO, M.O. – *Qualidade na saúde*. São Paulo: Best Seller, 1998.
- MEYER, Gregg S.; BATTLES, James; HART, James C.; TANG, Ning – The US Agency for Healthcare Research and Quality's activities in patient safety research. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(supplement 1):25-30, 2003
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – *Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização*, documento para discussão. Brasília – DF, 2003.
- MULLER, Ana Maria C. – *Estudo de uma avaliação de hospitais realizada no município de Jundiaí*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FGV-EAESP, 1996.
- MURAHOVSKI, Denis – *Implantação de prontuário eletrônico em um hospital de grande porte: estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: FGV-EAESP, 2000.

- OVRETVEIT, John - *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Copenhagen, WHO' s Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003.
- PAES, Libânia de Andrade – *O uso da informática no processo de tomada de decisão médica em cardiologia*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: FGV-EAESP, 2003
- PENA, Fabio Patrus Mundim – *Implantação do modelo ISO 9002 na área de saúde: a visão do gestor da qualidade em quatro unidades de um hospital do município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FGV-EAESP, 2000.
- QUEIROZ, Ana Carolina S. – *Novas tecnologias e transformação orgnizacional: estudo de caso para analisar a relevância da variável confiança nos processos de implementação de tecnologia em um hospital privado*. Tese de Doutorado, São Paulo, FGV-EAESP, 2003
- RIBEIRO, Gisele – *Um estudo do alinhamento estratégico da tecnologia da informação em hospitais*. São Paulo, Tese de Doutorado, FGV-EAESP, 2003
- RONCATTI, Vera Lucia A. – *Relação entre os tributos de qualidade de um serviço de reabilitação ambulatoria e os padrões do modelo de acreditação Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations: a visão do cliente*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FGV-EAESP, 2002.
- SCHIESARI, Laura Maria C.- *Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FSPUSP, 1999
- \_\_\_\_\_ – *Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros*. Tese de Doutorado, São Paulo, FMUSP, 2003
- SEIXAS, Paulo H. d' Angelo – *As organizações sociais de saúde em São Paulo – 1998 – 2002: uma visão institucional*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: FGV-EAESP, 2003
- SILVA, Ubaldina S. e – *Indicadores de qualidade e produtividade*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: FGV-EAESP, 1998.
- TELES, João Pedro – *Administração estratégica de hospitais: o Balanced Scorecard e suas contribuições*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: FGV-EAESP, 2003
- TERRA, Valéria – *Mudança organizacional e implantação de um programa de qualidade em um hospital do município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FGV-EAESP, 2000
- ZANETTA, Sergio D. – *Morbidade no Hospital das Clínicas: identificação de perfis e desenvolvimento de instrumento de monitoramento*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FMUSP, 2003.

---

BARATA, Luiz Roberto Barradas – *Jovens Acolhedores*. Diário de São Paulo, 26/12/2003.

SITE - Ministério da Saúde:

([http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=168](http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=168))



ROTEIRO DE ENTREVISTA  
Para Nível Central da  
Secretaria de Estado da Saúde

- 1) Identificação  
Nome?  
Profissão  
Idade  
Cargo  
Tempo na Secretaria  
Tempo no Cargo  
Quais as principais responsabilidades em que esse cargo implica?
- 2) A Secretaria se preocupa com o acompanhamento dos hospitais? De maneira equivalente para os de Administração direta e os administrados por OSs?
- 3) A Secretaria estimula iniciativas de Qualidade nos seus hospitais?  
Alguma em especial?  
Por que esta escolha?  
Com alguma expectativa em particular?
- 4) Há orçamento na Secretaria para iniciativas de Qualidade nos hospitais?  
Este orçamento é centralizado ou descentralizado?
- 5) Que hospitais têm iniciativas de qualidade? Quais seus resultados?
- 6) O senhor tem claro quais os melhores e quais os piores hospitais?
- 7) Como se comporta esta divisão entre melhores e piores hospitais entre Administração Direta e Organizações Sociais.



*\*Questionário para os hospitais que implantaram ou estão implantando algum programa/atividade/modelo de qualidade.*

### *Módulo I*

1. Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

2. Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

HomePage: \_\_\_\_\_

3. Superintendente: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

4. Nome de quem respondeu: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

### *Módulo II*

5. Número de leitos:

6. Qual o vínculo do hospital com a secretaria?

- Administração Direta
- Administrado por O.S.

7. Qual a classificação do hospital?

- Geral
- Especializado. Qual a especialidade?

### *Módulo III*



8. Conhece algum caso de implantação bem sucedida de um programa/atividade/modelo de qualidade?

- Não
- Sim. Em que empresa e/ou hospital?

9. Qual programa/atividade/modelo foi o implantado?

- TMQ – Gestão da Qualidade Total
- ISO
- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar
- Acreditação Hospitalar – Joint Commission
- ONA
- 5S
- CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
- SIPAGEH
- Amigo da Criança
- Doutores da Alegria
- PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- Programa de Garantia da Qualidade do Sangue
- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- REFORSUS
- FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade

• Outros: \_\_\_\_\_

• Outros: \_\_\_\_\_

10. Conhece algum caso de implantação que enfrentou dificuldades e foi abandonado?

- Não.
- Sim. Em que empresa e/ou hospital?

11. Qual programa/atividade/modelo foi o implantado?



- 
- TMQ – Gestão da Qualidade Total
  - ISO
  - CQH – Controle de Qualidade Hospitalar
  - Acreditação Hospitalar – Joint Commission
  - ONA
  - 5S
  - CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
  - SIPAGEH
  - Amigo da Criança
  - Doutores da Alegria
  - PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
  - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
  - REFORSUS
  - FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade
- Outros: \_\_\_\_\_
- 

#### *Módulo IV*

12. Existe ou existiu um orçamento, ou rubrica orçamentária, específico para a implantação do programa/atividade/modelo de qualidade neste hospital?

- Sim
  - Não. Qual a origem dos recursos despendidos? \_\_\_\_\_
- 

13. Qual foi o programa/atividade/modelo implantado?

- TMQ – Gestão da Qualidade Total
- ISO
- *CQH – Controle de Qualidade Hospitalar*
- Acreditação Hospitalar – Joint Commission
- ONA
- 5S
- CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
- SIPAGEH



- Amigo da Criança
- Doutores da Alegria
- *PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*
- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- REFORSUS
- FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade

• Outros: \_\_\_\_\_

14. Há quanto tempo foi implantado?

- Há menos de um ano
- Entre um e três anos atrás
- Entre três e cinco anos atrás
- Há mais de cinco anos
- Em implantação

15. Qual foi o tempo de implantação?

- Menos de um ano
- De um a dois anos
- De dois a três anos
- De três a quatro anos
- Mais de quatro anos
- E implantação desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

16. Qual ou quais foram os motivos para implantação?

Numere de 1 a 8 de acordo com o grau de importância (marque "1" no mais importante). Se o aspecto não for uma razão para a implantação marque um "X".

- ( ) Aumentar a motivação na organização
- ( ) Melhorar a organização
- ( ) Aprimorar os funcionários
- ( ) Melhorar a assistência prestada
- ( ) Organizar os processos internos
- ( ) Melhorar a satisfação do usuário
- ( ) Melhorar a imagem da organização
- ( ) Obter mais recursos
- ( ) Outros (especifique): \_\_\_\_\_



---

17. Quem selecionou o sistema?

- Direção Superior (especifique o cargo):
  - Secretaria de Saúde
  - O.S.
  - Outros (especifique): \_\_\_\_\_
- 

18. Durante a implantação quanto foi gasto com treinamento?

---

19. Durante a implantação quanto foi gasto com informatização? (hardware + software)

---

20. Quem foi responsável pela informatização?

- *O hospital*
- A Secretaria de Saúde / O.S.

21. Durante a implantação quanto foi gasto com consultoria? (diagnóstico + plano de ação)

---

22. Durante a implantação quanto foi gasto com o ambiente físico? (obras, móveis e utensílios)

---

23. Qual foi ou quais foram as facilidades encontradas na implantação?

Numere de 1 a 6 de acordo com o grau de importância (marque "1 no mais importante). Se o aspecto não representar uma facilidade encontrada, marque "X".

( ) Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças



- Acesso a treinamento durante o processo de implantação
  - Envolvimento da Direção Superior
  - Credibilidade da gerência
  - Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc.)
  - Nenhuma facilidade
  - Outras (especifique): \_\_\_\_\_
- 

24. Qual foi ou quais foram as dificuldades encontradas na implantação?

Numere de 1 a 8 de acordo com o grau de importância (marque "1 no mais importante). Se o aspecto não representar uma dificuldade encontrada, marque "X".

- Resistência dos gerentes
  - Resistência dos funcionários
  - Custos elevados
  - Muito tempo até a obtenção de resultados
  - Dificuldade de envolvimento do corpo funcional
  - Falta de formação do pessoal envolvido
  - Dificuldade de envolvimento da direção superior
  - Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade
  - Outras (especifique): *Custos elevados com relação a adaptações da área física*
- 

25. Este hospital monitora indicadores?

- Sim
- Não

26. Se sim, quais desses grupos são utilizados?

- Indicadores financeiros. Quais?
- 

- Indicadores de qualidade. Quais?
- 

- Indicadores de produtividade. Quais?
-



- Indicadores de recursos humanos. Quais?

• Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Qual ou quais foram os resultados positivos?

Numere de 1 a 9 de acordo com o grau de importância (marque "1 no mais importante). Se o aspecto não representar um ponto positivo observado, marque "X".

- ( ) Redução de custos
- ( ) Responsabilização dos funcionários
- ( ) Participação dos funcionários
- ( ) Aumento da satisfação dos funcionários
- ( ) Aumento da satisfação dos usuários
- ( ) Melhora nos indicadores de eficiência
- ( ) Racionalização dos processos
- ( ) Ausência de resultados até o momento
- ( ) Nenhum resultado positivo
- ( ) Outros (especifique): \_\_\_\_\_

28. Qual foi ou quais foram os resultados negativos?

Numere de 1 a 8 de acordo com o grau de importância (marque "1 no mais importante). Se o aspecto não representar um resultado negativo observado, marque "X".

- ( ) Aumento de custos
- ( ) Concentração no sistema de qualidade em detrimento das pessoas
- ( ) Aumento de conflitos internos
- ( ) Aumento da competição interna
- ( ) Diminuição da satisfação dos funcionários
- ( ) Diminuição da satisfação dos usuários
- ( ) Ausência de resultados até o momento
- ( ) Nenhum resultado negativo
- ( ) Outros (especifique): \_\_\_\_\_

29. Houve resultados inesperados?



- Não
- Sim:

Positivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Negativos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**30. Comentários**



*Não implantou e nem está implantando programa/atividade/modelo de qualidade.*

### **Módulo I**

1. Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

2. Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

HomePage: \_\_\_\_\_

3. Superintendente: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

4. Nome de quem respondeu: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

### **Módulo II**

5. Número de leitos:

6. Qual o vínculo do hospital com a secretaria?

- Administração Direta
- Administrado por O.S.

7. Qual a classificação do hospital?

- Geral
- Especializado. Qual a especialidade?

### **Módulo III**

8. Conhece algum caso de implantação bem sucedida de um programa/atividade/modelo de qualidade?



- Não
- Sim. Em que empresa e/ou hospital?

9. Qual programa/atividade/modelo foi o implantado?

---

- TMQ – Gestão da Qualidade Total
  - ISO
  - CQH – Controle de Qualidade Hospitalar
  - Acreditação Hospitalar – Joint Commission
  - ONA
  - 5S
  - CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
  - SIPAGEH
  - Amigo da Criança
  - Doutores da Alegria
  - PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
  - Programa de Garantia da Qualidade do Sangue
  - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
  - REFORSUS
  - FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade
  - Outros: \_\_\_\_\_
- 

- Outros: \_\_\_\_\_
- 

10. Conhece algum caso de implantação que enfrentou dificuldades e foi abandonado?

- Não.
- Sim. Em que empresa e/ou hospital?

11. Qual programa/atividade/modelo foi o implantado?

---



- 
- TMQ – Gestão da Qualidade Total
  - ISO
  - CQH – Controle de Qualidade Hospitalar
  - Acreditação Hospitalar – Joint Commission
  - ONA
  - 5S
  - CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
  - SIPAGEH
  - Amigo da Criança
  - Doutores da Alegria
  - PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
  - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
  - REFORSUS
  - FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade
  
  - Outros: \_\_\_\_\_
- 

#### *Módulo IV*

12. Neste hospital houve a decisão de NÃO implantar nenhum programa/atividade/modelo de qualidade?

- Sim. O hospital decidiu pela NÃO implantação.
- Não. A possibilidade de implantação ainda não foi discutida.
- Não. O processo de implantação está em discussão.

13. Se sim, de quem foi a decisão de não implantação?

- Direção Superior (especifique o cargo): \_\_\_\_\_
  - Conselho Administrativo
  - Secretaria de Saúde
  - O.S.
  - Outros (especifique): \_\_\_\_\_
-



14. Qual ou quais foram os motivos de não implantação?

Numere de 1 a 8 de acordo com o grau de importância (marque 1 no mais importante). Se o aspecto não tiver contribuído para a decisão, marque "X".

- Desconhecimento do sistema
- Inadequação do sistema ao hospital
- Alto custo de implantação
- Falta de recursos
- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os sistemas de qualidade
- Não houve necessidade de implantação
- O hospital já tem qualidade
- Outros (especifique): \_\_\_\_\_

15. Houve tentativa de implantação?

- Sim
- Não

16. Se sim, qual foi o programa/atividade/modelo?

- TMQ – Gestão da Qualidade Total
- ISO
- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar
- Acreditação Hospitalar – Joint Commission
- ONA
- 5S
- CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
- SIPAGEH
- Amigo da Criança
- Doutores da Alegria
- PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- REFORSUS
- FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade
- Outros: \_\_\_\_\_

17. Existe a intenção de implantar algum programa/atividade/modelo de qualidade?



- Sim
- Não

18. Se sim, que sistema pretende implantar?

- TMQ – Gestão da Qualidade Total
- ISO
- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar
- Acreditação Hospitalar – Joint Commission
- ONA
- 5S
- CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
- SIPAGEH
- Amigo da Criança
- Doutores da Alegria
- PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- REFORSUS
- FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade
- Outros: \_\_\_\_\_

19. Quando pretende implantar?

- Neste ano.
- Dentro de um ano.
- Dentro de um a dois anos.
- Dentro de dois a três anos.
- Mais de três anos.
- Não sei.

20. Quanto acha que investirá em treinamento?

\_\_\_\_\_

21. Quanto acha que investirá em informatização? (hardware + software)

\_\_\_\_\_

22. Quanto acha que investirá em consultoria? (diagnóstico + plano de ação)

\_\_\_\_\_



23. Quanto acha que investirá em transformação física? (obras, móveis e utensílios)

---

24. Comentários



## FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA

Título: Qualidade em Hospitais Públicos no Estado de São Paulo

Autor: Mariana Xavier Nicolletti

Orientadora: Professora Ana Maria Malik

### **Propósito**

Você está sendo convidado para participar da fase de coleta de dados de pesquisa de campo integrante de projeto de dissertação de iniciação científica em administração de empresas da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

O propósito do estudo é compreender o estágio em que se encontra e de que maneira está sendo realizada a implantação de programas/modelos/atividades de qualidade nos hospitais públicos da Grande São Paulo. Sua participação é importante porque como membro de tal amostra, você poderá contribuir para a estruturação de nosso trabalho.

### **Procedimento**

Se você concordar em participar, você responderá a um questionário a respeito das experiências em relação a programas de qualidade vividas em seu hospital, assim como resultados e dificuldades. O questionário foi estruturado pela pesquisadora e sua orientadora e distribuído a todas as unidades de saúde componentes da amostra.

### **Benefícios**

Pode ser que não haja nenhum benefício direto para você. Quando o estudo for concluído, você receberá uma cópia do trabalho. O trabalho poderá ser de seu interesse e também de outros hospitais e líderes na área de saúde.

### **Confidencialidade**

Toda informação referente a você será mantida em sigilo. Nenhum nome de organização será identificado.

Os resultados poderão ser publicados para fins científicos sem que haja identificação dos indivíduos. Além disso, a análise dos resultados e as conclusões não serão apresentadas como um estudo de caso individual.

### **Participação Voluntária / Exclusão**

Sua participação neste estudo é voluntária. Você é livre para excluir sua participação a qualquer momento. Se, a qualquer momento, você decidir excluir sua participação, você deverá entrar em



contato com o autor do projeto ou a orientadora do trabalho para que sua informação seja excluída dos dados da pesquisa.

### Contatos

Para perguntas relacionadas com este estudo, contatar Mariana Xavier Nicolletti, pelo telefone (11)81222114 ou a orientadora, Prof. Ana Maria Malik, na Fundação Getulio Vargas, telefone (11)281-7717.

Uma cópia deste formulário de consentimento será entregue a você.  
Sua assinatura abaixo indica que você consente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Pessoa que responderá o questionário

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pessoa que aplicou o consentimento

\_\_\_\_\_  
Data

**ANEXO 4 - Hospitais de Administração Direta**

Identificação hospitais	Endereço	leitos	Superintendente	Desde	Nome de quem respondeu	Cargo de quem respondeu	Está no cargo desde
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	Dr. Dante Pazzanese, 500, Ibirapuera	247	Eduardo M. R. Sousa	20/4/1995	Lilian Roberta Costa	Assistente Administrativo	1/8/2001
Hospital e Maternidade Interlagos	Rua Leonor Alvim, 211, Jardim Leblon	94	Dr. Ricardo Wady Jebrim	29/1/2003	-----	-----	-----
Hospital Regional Sul	Rua General Roberto Alves de Carvalho Filho, 270, Santo Amaro	217	Dirceu T. Tanaguchi	1/2/2003	Carina Michel Omura	ATD	1/6/2002
Hospital Regional "Dr. Osiris Florindo Coelho", de Ferraz de Vasconcelos	Rua Princesa Isabel, 270, Vila Correia	253	-----	-----	Magali Vicente Proença	Diretor	4/12/2001
Hospital Geral "Jesus Teixeira da Costa", de Guaianases	Rua Otelo Augusto Ribeiro, 89, Guaianazes	180	Dra. Darilder Maria de Menzes*	-----	Humberto Cupertino dos Santos	G.T.G.H.	6/5/2003
Hospital Brigadeiro	Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2651, Jd. Pta.	168	Ricardo José Salim	3/6/2003	Maria Regina Miranda Grubba	Chefe SAL	jul/00
Hospital Geral "Dr. José Pangella", de Vila Penteados	Av. Ministro Petrônio Portela, 1642, Freguesia do Ó	202	Dr. Cláudio Molina Martines	ago/90	Luciano Altieri	Assistente Técnico	1/10/1991
Hospital Infantil Cândido Fontoura	Rua Siqueira Bueno, 1757, Mooca	115	Dra. Maria A.T. Chaddad	17/7/2003	Évila Inse Cristofoli	Psicóloga	24/8/1998
Conjunto Hospitalar do Mandaqui	Rua Voluntários da Pátria, 4301, Santana	380	Dr. Alamir Natucci Rizzo *	-----	Ricardo Tardelli	Superintendente	1/2/2000
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	Av. Celso Garcia, 2477, Belenzinho	184	Dr. Corintio Mariani Neto	9/6/1905	Ivana Mara Rodrigues da Silva	Executivo Público	-----
Hospital Regional "Dr. Vivaldo Martins Simões", de Osasco	Rua Ari Barroso, 355, Presidente Altino, Osasco	245	Dr. João Carlos Vicente de Carvalho*	-----	Celso Luis Baldesin	Diretor da Divisão de Apoio Técnico	10/5/2003
Hospital de Clínicas Especializadas de Franco da Rocha	Av. dos Coqueiros, 1300, Centro	121	Dra. Telma Ribeiro Salles	19/9/2003	Dra. Telma Ribeiro Salles	Diretor Técnico da divisão de Saúde	19/9/2003
Hospital Geral "Dr. Álvaro Simões de Souza", de Vila Nova Cachoeirinha	Av. Deputado Emílio Carlos, 3000, Vila Nova Cachoeirinha	185	-----	-----	-----	-----	-----
Hospital Geral "Dr. Manuel Bifulco", de São Mateus	Rua Angelo de Cândia, São Mateus	174	Dra. Maridite C.G. de Oliveira	2/5/2003	-----	-----	-----
Complexo Hospitalar Padre Bento Guarulhos.	Av. Emílio Ribas, 1573, Gopouva	158	Dra. Maria Luiza Zeppellini*	9/3/2004	Sr. Domingos Norberto Aletti	Executivo Público I	1987

**Hospitais Administrados por O.S.s**

Identificação Hospitais	Endereço	leitos	Superintendente	Desde	Nome de quem respondeu	Cargo de quem respondeu	Está no cargo desde
Hospital Geral de Itapevi	Rua K, Jd. São Carlos	220	Dr. Enil Boris Barragan	20/9/2000	Keltom Roberto Reis	Gerente de Qualidade	20/9/2000
Hospital Geral Carapicuíba	Rua da Pedreira, 95, Pq. José Alexandre	220	Dr. Enil Boris Barragan	23/10/1998	Keltom Roberto Reis	Gerente de Qualidade	20/9/2000
Hospital Estadual de Vila Alpina	Av. Francisco Falconi, 1501, Vila Alpina	231	Dr. Nelson Frenk	-----	-----	-----	-----
Hospital Estadual Mario Covas de Santo André	Rua Henrique Calderazzo, 321, Paraíso	322 (214 ativos)	Dr. Geraldo Reple Sobrinho	set/01	Ana Cecília Guimarães Borpelli	Diretora	set/01
SPDM - Hospital Geral de Pirajussara	Av. Ibirama, 1214, Parque Pirajussara, Taboão da Serra	278	Nacime Salomão Mansur	25/11/1998	Roseli Giudici	Diretora Clínica	19/7/1998
A.C.S.C. - Hospital Geral de Pedreira	Rua João Francisco de Moura, 251	228	Dra. Ana Lúcia Santoro*	jun/97	Allan Egon Kern	Analista de Qualidade	20/10/2003
SPDM - Hospital Estadual de Diadema	Av. José Bonifácio, 1641	278	Nacime Salomão Mansur	29/8/2000	Roseli Giudici	Diretora Clínica	29/8/2000
Hospital Geral de Guarulhos	Alameda dos Lírios, 200, Parque Cecap, Guarulhos	204	Antoni Carlos Forte	mar/92	Dra. Agnes Mello Farias Ferrari	Diretora Técnica	23/2/2001
Hospital Geral de Itapeçerica da Serra	Av. Guacy Fernandes Domingues, 200, Jardim Embu Mirim, Itapeçerica da Serra	196	Didier Roberto Torres Ribas	-----	Gilberto Silva Carvalho de Souza	Gerente do Núcleo de Informação	19/1/1999
Hospital Estadual de Sapopemba	Rua Manoel França Santos, 174, Jarsim Sapopemba	229 (21 ativos)	Dr. José manoe Teixeira	1/4/2003	M. Carolina Kanso	Assistente de Direção	1/5/2003
Hospital Estadual de Itaquaquecetuba	Rua Rio Negro, 48, Jardim Nova Itaguá, Itaquaquecetuba	244	Dra. Vivian Hart Ferreira*	-----	Vivian Hart Ferreira	Administradora Hospitalar	1/6/2000

\* Assumiram o cargo durante a realização da pesquisa. Houve rotação no cargo nos últimos 7 meses.



**Resultado dos Questionários** – *Hospitais implantaram ou estão implantando programa/modelo/atividade de qualidade.*

A) Número de leitos:

- 1- 231
- 2- 322
- 3- 200 + 26 UTI + 52 complementares
- 4- 228
- 5- 220 + 26 UTI + 52 complementares
- 6- 204 operacionais
- 7- 196
- 8- 220
- 9- 220
- 10- 247
- 11- 34
- 12- 217
- 13- 253
- 14- 180
- 15- 168
- 16- 158
- 17- 202
- 18- 115
- 19- 380
- 20- 184

B) Vínculo com a Secretaria:

- 1- Administrado por O.S.
- 2- Administrado por O.S.
- 3- Administrado por O.S.
- 4- Administrado por O.S.
- 5- Administrado por O.S.
- 6- Administrado por O.S.
- 7- Administrado por O.S.
- 8- Administrado por O.S.
- 9- Administrado por O.S.
- 10- Administração Direta.
- 11- Administração Direta.
- 12- Administração Direta.
- 13- Administração Direta.
- 14- Administração Direta.
- 15- Administração Direta.
- 16- Administração Direta.
- 17- Administração Direta.
- 18- Administração Direta.
- 19- Administração Direta.
- 20- Administração Direta.

C) Classificação do hospital:



- 1- Geral
- 2- Geral
- 3- Geral
- 4- Geral
- 5- Geral
- 6- Geral
- 7- Geral
- 8- Geral
- 9- Geral
- 10- Especializado: Cardiologia
- 11- -----
- 12- Geral.
- 13- Geral.
- 14- Geral.
- 15- Geral.
- 16- Geral.
- 17- Geral.
- 18- Especializado: infantil e adolescente.
- 19- Geral.
- 20- Especializado: Ginecologia e Obstetrícia.

D) Conhece algum caso de implantação bem sucedida de um programa/atividade/modelo de qualidade?

- 1- -----
- 2- Sim: Hospital Estadual de Sumaré, Hospital Estadual de Pirajussara e Hospital Israelita Albert Einstein.
- 3- Sim: Hospital Israelita Albert Einstein, HGP – em fase inicial.
- 4- Sim: Hospital Estadual de Sumaré e Hospital Albert Einstein.
- 5- Sim: Hospital Israelita Albert Einstein, HED – em fase de inicial.
- 6- -----
- 7- Sim: Hospital Geral de Itapeverica da Serra, Hospital israelita Albert Einstein, Santa Casa de Porto Alegre, Hospital Estadual de Sumaré e Hospital Márcio da Cunha.
- 8- Sim: Hospital Estadual de Sumaré.
- 9- Sim: Hospital Estadual de Sumaré.
- 10- Sim.
- 11- Sim: Hospital Maternidade Interlagos.
- 12- Sim: HIAE, Nove de Julho, Hospital Público de Sumaré, outros.
- 13- Sim: Hospital Samaritano.
- 14- Não.
- 15- Sim: Hospital Leonor Mendes de Barros.
- 16- Sim: Hospital Leonor Mendes de Barros.
- 17- Sim: Hospital Israelita Albert Einstein, HCFMUSP.
- 18- Sim: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.
- 19- -----
- 20- Sim: HMLM, Santa casa de Porto Alegre e Albert Einstein.

E) Programa/modelo/atividade implantado:

- 1- -----
- 2- Acreditação Hospitalar e ONA.
- 3- Acreditação Hospitalar – Joint Commission



- 4- ISO, CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, Acreditação Hospitalar – Joint Commission, ONA e Doutores da Alegria.
- 5- Acreditação Hospitalar – Joint Commission.
- 6- -----
- 7- ISO, CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, Acreditação Hospitalar – Joint Commission, SIPAGEH, PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade.
- 8- Acreditação Hospitalar da ONA.
- 9- Acreditação Hospitalar da ONA.
- 10- 5S
- 11- CQH - Controle de Qualidade Hospitalar (em implantação), 5S (em implantação), Amigo da Criança, PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e Programa de Humanização e Pré-Natal e Nascimento.
- 12- ISO, Acreditação Hospitalar - Joint Commission, ONA e Amigo da Criança.
- 13- Aprimoramento e Desenvolvimento para os Colaboradores da instituição.
- 14- -----
- 15- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, PQSP – Programa de Qualidade dos Serviços Públicos e Programa de Qualidade de Melhoria Assistencial.
- 16- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar.
- 17- ISO e Acreditação Hospitalar - Joint Commission.
- 18- CQH - Controle de Qualidade Hospitalar e Amigo da Criança.
- 19- -----
- 20- Einstein: Acreditação Hospitalar – Joint Commission  
Santa Casa de Porto Alegre: FNPNQ – Prêmio Nacional de Qualidade.

F) Conhece algum caso de implantação que enfrentou dificuldades e foi abandonado?

- 1- -----
- 2- Não.
- 3- Não.
- 4- Não.
- 5- Não.
- 6- Não.
- 7- Não.
- 8- Não.
- 9- Não.
- 10- Sim: Hospital Dante Pazzanese. A 1ª vez que começaram implantar o 5 “S” tiveram que interromper, mas recomeçaram um tempo depois e conseguiram implantar.
- 11- Não.
- 12- Não.
- 13- Não.
- 14- Não.
- 15- Não.
- 16- Não.
- 17- Não.
- 18- Sim: Hospital Infantil Cândido Fontoura.
- 19- Sim.
- 20- Não.

G) Qual programa/modelo/atividade foi implantado?

- 1- -----



- 2- -----
- 3- -----
- 4- -----
- 5- -----
- 6- -----
- 7- -----
- 8- -----
- 9- -----
- 10- 5S.
- 11- -----
- 12- -----
- 13- -----
- 14- -----
- 15- -----
- 16- -----
- 17- -----
- 18- 5S.
- 19- Gestão pela Qualidade Total e 5S.
- 20- -----

H) Existe ou existiu algum orçamento, ou rubrica orçamentária, específico para a implantação do programa/modelo/atividade de qualidade no hospital em questão?

- 1- -----
- 2- Não. Recursos originados de custeio.
- 3- Não. Recursos originados do próprio orçamento do HPG.
- 4- Sim.
- 5- Não. Recursos originados do próprio orçamento do HED.
- 6- Não. Os recursos despendidos foram obtidos através de custeio.
- 7- Não. Os recursos despendidos foram obtidos a partir do Orçamento Operacional.
- 8- Não. Os recursos despendidos eram próprios do Contrato de Gestão, pois as necessidades decorrentes da implantação foram custeadas pelo próprio processo.
- 9- Não. Foram utilizados recursos próprios do Contrato de Gestão, pois as necessidades decorrentes da implantação foram custeadas pelo próprio processo.
- 10- Sim. Específica para treinamento, "Fundação Adib Jatene".
- 11- Sim.
- 12- Não.
- 13- Sim.
- 14- Não.
- 15- Não. Foram utilizados os recursos da verba de adiantamento para pagamento da contribuição mensal da adesão ao Programa CQH.
- 16- Sim.
- 17- Sim.
- 18- Não. Recursos originados da colaboração de chefias e funcionários.
- 19- Sim.
- 20- Não. Recursos para o Programa CQH são mínimos se foram originados do adiantamento de despesas miúdas a cada bimestre. O PQSP não tem custo.

I) Qual foi o programa/modelo/atividade implantado?

- 1- Amigo da Criança (em implantação).



- 2- CQH
- 3- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar e ONA
- 4- ISO, ONA e 5S.
- 5- ONA e CQH – Controle de Qualidade Hospitalar.
- 6- CQH – Controle da Qualidade Total.
- 7- ONA (em implantação), Amigo da Criança e PNHAH – Programa Nacional da Assistência Hospitalar (em implantação).
- 8- 5S.
- 9- ISO e 5S.
- 10- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, ONA, 5S, SIPAGEH e PNHAH – Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
- 11- CQH - Controle de Qualidade Hospitalar (em implantação), 5S (em implantação), Amigo da Criança, PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e Programa de Humanização e Pré-Natal e Nascimento.
- 12- CQH - Controle de Qualidade Hospitalar (em implantação) e Amigo da Criança (em implantação).
- 13- Personalização do atendimento, Aprimoramento da Qualidade - "O Paciente do Novo Milênio", Curso de Aperfeiçoamento de direção defensiva aos motoristas, Curso de Liderança e Grupo Teatral - Roda Mundo.
- 14- Acreditação Hospitalar - Joint Commission e PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
- 15- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, 5S e PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
- 16- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, 5S e Programa de Especialização em “Gestão da Qualidade” (pego do SENC / Fundação Vanzolini).
- 17- 5S, Amigo da Criança, PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.
- 18- CQH - Controle de Qualidade Hospitalar, PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
- 19- TMQ - Gestão da Qualidade Total, PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, 5S, Amigo da Criança, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e REFORSUS.
- 20- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar (1991 – 1994 Selo de Conformidade) e PQSO – Programa de Qualidade do Serviço Público (2000).

J) Há quanto tempo foi implantado?

- 1- -----
- 2- Há menos de um ano.
- 3- Há menos de um ano.
- 4- Em implantação.
- 5- Há menos de um ano.
- 6- Há menos de um ano (em implantação).
- 7- Amigo da Criança – entre três e cinco anos atrás, PNHAH e ONA – em implantação desde 01/02/2003.
- 8- Há menos de um ano.
- 9- Entre 1 e 3 anos atrás.
- 10- Entre 1 e 3 anos atrás.
- 11- Entre 1 e 3 anos atrás.
- 12- Está em implantação.
- 13- Está em implantação.
- 14- Há menos de 1 ano.



- 15- -----
- 16- Há mais de 5 anos.
- 17- Entre 3 e 5 anos atrás.
- 18- Em implantação (PNHAH).
- 19- TMQ - há mais de 5 anos.
- 20- Há mais de 5 anos.

K) Qual foi o tempo de implantação?

- 1- -----
- 2- Em implantação desde Outubro de 2003.
- 3- De um a dois anos.
- 4- De um a dois anos.
- 5- Menos de um ano.
- 6- -----
- 7- Amigo da Criança – menos de um ano, PNHAH e ONA – em implantação desde 01/02/2003.
- 8- Menos de um ano.
- 9- De 1 a 2 anos.
- 10- De 1 a 2 anos.
- 11- De 1 a 2 anos.
- 12- Em implantação desde 08/01/2000.
- 13- Em implantação desde 29/10/2001.
- 14- Menos de 1 ano.
- 15- Menos de 1 ano – Programa 5S  
De 3 a 4 anos – Humanização.
- 16- De 1 a 2 anos – PEGQ e 5S  
Mais de 4 anos – CQH.
- 17- De 1 a 2 anos.
- 18- Em fase implantação.
- 19- TMQ - de 1 a 2 anos.
- 20- De 1 a 3 anos.

L) Qual ou quais foram os motivos para implantação (listados em ordem crescente de importância)?

- 1- -----
- 2-
  - Melhorar a organização
  - Melhorar a assistência prestada
  - Aumentar a motivação na organização
  - Melhorar a satisfação do usuário
  - Organizar os processos internos
  - Aprimorar os funcionários
  - Melhorar a imagem da organização
- 3-
  - Melhorar a organização / Organizar os processos internos
  - Aumentar a motivação na organização / Aprimorar os funcionários
  - Melhorar a assistência prestada
  - Melhorar a imagem da organização
  - Melhorar a satisfação do usuário
  - Aprimorar os funcionários
- 4-
  - Melhorar a organização



- Melhorar a assistência prestada
  - Organizar os processos internos Melhorar a satisfação do usuário
  - Aprimorar os funcionários
  - Melhorar a imagem da organização
  - Aumentar a motivação na organização
  - Obter mais recursos
- 5-
- Melhorar a organização / Organizar os processos internos
  - Aumentar a motivação na organização / Aprimorar os funcionários
  - Melhorar a assistência prestada
  - Melhorar a imagem da organização
  - Melhorar a satisfação do usuário
  - Aprimorar os funcionários
- 6-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a organização;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Melhorar a satisfação do usuário
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Aprimorar os funcionários.
- 7-
- Melhorar a organização;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a satisfação do usuário.
- 8-
- Melhorar a satisfação do usuário;
  - Melhorar a assistência prestada;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a organização;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Aprimorar os funcionários.
- 9-
- Melhorar a satisfação do usuário;
  - Melhorar a assistência prestada;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a organização;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Aprimorar os funcionários.
- 10-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Organizar os processos internos;



- Aumentar a motivação na organização;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Melhorar a organização;
  - Melhorar a organização;
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Obter mais recursos;
  - Redução de desperdícios.
- 11-
- Melhorar a organização;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Melhorar a assistência prestada;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Melhorar a imagem da organização.
- 12-
- Aumentar a motivação na organização / melhorar a organização / aprimorar os funcionários / organizar os processos internos / melhorar a satisfação do usuário / melhorar a imagem da organização;
  - Melhorar a assistência prestada;
  - Obter mais recursos.
- 13-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Melhorar a organização;
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Organizar os processos internos.
- 14-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Melhorar a organização;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a imagem da organização.
- 15-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Melhorar a organização;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Obter mais recursos.
- 16-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Organizar os processos internos;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Melhorar a imagem da organização;



- Melhorar a organização;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Obter mais recursos.
- 17-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Melhorar a organização;
  - Organizar os processos internos;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Melhorar a imagem da organização.
- 18- (PNHAH)
- Melhorar a satisfação do usuário;
  - Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a organização;
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Organizar os processos internos;
  - Obter mais recursos.
- 19-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Melhorar a organização;
  - Organizar os processos internos;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Obter mais recursos;
  - Melhorar a imagem da organização.
- 20-
- Melhorar a assistência prestada;
  - Melhorar a organização;
  - Melhorar a satisfação do usuário;
  - Organizar os processos internos;
  - Aumentar a motivação na organização;
  - Aprimorar os funcionários;
  - Melhorar a imagem da organização;
  - Obter mais recursos.

M) Quem selecionou o sistema?

- 1- -----
- 2- Direção Superior: Superintendente / Diretoria.
- 3- Direção Superior: Diretor Superintendente.
- 4- Direção Superior: Diretor Executivo e Diretor Geral.
- 5- Direção Superior: Diretor Superintendente.
- 6- -----
- 7- Direção Superior: Conselho Técnico-Administrativo – Superintendente e Gerentes.
- 8- Direção Superior: Vice Presidência Comercial.
- 9- Direção Superior : Vice Presidência Comercial.



- 10- Direção Superior : Diretor Assistente e Comissão de Qualidade.
- 11- Direção Superior: Diretor Técnico do Departamento de Saúde.
- 12- Direção Superior: Diretor Técnico de Departamento.
- 13- Direção Superior: Diretor Técnico de Departamento.
- 14- Secretaria de Saúde.
- 15- Direção Superior: Diretor Técnico  
Ouvidoria / Grupo de Humanização.
- 16- Direção Superior: Diretoria Técnica e Departamento de Saúde.
- 17- Direção Superior: Diretoria Técnica.
- 18- Secretaria da Saúde.
- 19- (TMQ)- Direção Superior: Diretoria.
- 20- Direção Superior: Diretor Técnico do Departamento.

N) Durante a implantação quanto foi gasto em treinamento, informatização ( hardware + software), consultoria (diagnóstico + plano de ação) e em transformação física (obras, móveis e utensílios)?

- 1- treinamento: -----  
informatização: -----  
consultoria: -----  
transformação física: -----

- 2- treinamento: R\$ 600,00 (cursos CQH / APM)  
informatização: Nada  
consultoria: Nada  
transformação física: Nada

- 3- treinamento: O valor pago às consultorias de CQH e ONA  
informatização: Nada  
consultoria: O valor pago às consultorias de CQH e ONA  
transformação física: Pouco em reformas e adequações de área física: porta anti-pânico, apoio em sanitários, pias com identificação e proteção de janelas.

- 4- treinamento: Pouco mais de R\$ 45000,00 (quarenta e cinco mil reais);  
informatização: O hospital já era informatizado, um investimento de R\$ 5000,00 foi feito para pequenas adequações e melhorias;  
consultoria: Pouco mais de R\$ 60000,00 (sessenta mil reais); física: Pouco mais de R\$ 200000,00 (duzentos mil reais).

- 5- treinamento: O valor pago às consultorias de CQH e ONA  
informatização: Nada  
consultoria: O valor pago às consultorias de CQH e ONA  
transformação física: Pouco em reformas e adequações de área física: porta anti-pânico, apoio em sanitários, pias com identificação e proteção de janelas.

- 6- treinamento: Até o momento não houve;  
informatização: -----  
consultoria: Não houve;  
física: Até o momento não houve.

- 7- treinamento: -----  
informatização: Não houve;  
consultoria: Não houve;  
física: Não houve.



- 8- treinamento: aproximadamente R\$ 6000,00 (seis mil reais);  
informatização: Não foi necessário porque a Organização dispunha de recursos em informática compatíveis com a necessidade de implantação;  
consultoria: Não houve;  
física: Não houve.
- 9- treinamento: Não houve;  
informatização: Não foi necessário porque a Organização dispunha de recursos em informática compatíveis com a necessidade de implantação;  
consultoria: Não houve;  
física: Não houve.
- 10- treinamento: R\$ 8340,00;  
informatização: R\$ 227000,00;  
consultoria: Não houve;  
física: Não estimado.
- 11- treinamento: -----  
informatização: -----  
consultoria: -----  
física: Material para treinamento: retroprojetor e xerox.
- 12- treinamento: -----  
informatização: -----  
consultoria: -----  
física: -----
- 13- Treinamento: R\$ 44389,05.  
Informatização: Incluso nos gastos com treinamento.  
Consultoria: Incluso nos gastos com treinamento.  
Física: incluso nos gastos com treinamento.
- 14- Treinamento: Nada.  
Informatização: Estão implantando a rede de dados.  
Consultoria: -----  
Física: R\$ 79000,00 (Rede de transmissão de dados).
- 15- Treinamento: 3232 horas.  
Informatização: -----  
Consultoria: -----  
Física: -----
- 16- Treinamento: -----  
Informatização: -----  
Consultoria: -----  
Física: -----
- 17- Treinamento: Feito com pessoal próprio, sem gastos adicionais;  
Informatização: -----  
Consultoria: -----  
Física: Programa de Humanização PN/NASC - R\$ 150.000,00.



- 18- Treinamento: (TMQ) - Gratuito, oferecido pela SES;  
Informatização: Não houve informatização para a implantação;  
Consultoria: (TMQ) - Não houve consultoria, apenas busca de informação pelos funcionários e pelo gestor;  
Física: (TMQ) - -----
- 19- Treinamento: (TMQ) - Dado não disponível;  
Informatização: -----  
Consultoria: (TMQ) - Dado não disponível;  
Física: (TMQ) - Dado não disponível
- 20- Treinamento: (TMQ) - Não foi mensurado. Os custos nunca foram trabalhados especificamente para a qualidade;  
Informatização: Não foi mensurado. Os custos nunca foram trabalhados especificamente para a qualidade;  
Consultoria: (TMQ) - Nada;  
Física: (TMQ) - Não foi mensurado. Os custos nunca foram trabalhados especificamente para a qualidade.

O) Quem foi responsável pela informatização?

- 1- -----
- 2- O hospital.
- 3- O hospital.
- 4- O hospital.
- 5- O hospital.
- 6- O hospital.
- 7- O hospital.
- 8- O hospital.
- 9- O hospital.
- 10- O hospital.
- 11- -----
- 12- A Secretaria de Saúde.
- 13- -----
- 14- O hospital.
- 15- -----
- 16- -----
- 17- -----
- 18- -----
- 19- (TMQ) - O hospital.
- 20- O hospital.

P) Qual foi ou quais foram as facilidades encontradas na implantação (listadas em ordem decrescente de importância)?

- 1- -----
- 2-
  - Envolvimento da direção Superior
  - Acesso a treinamento durante a implantação
- 3-
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças
  - Envolvimento da Direção Superior



- Interesse em um símbolo de qualidade (“ISSO”, “SELO”, “CREDITAÇÃO”, etc.)
  - Credibilidade da gerência
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação.
- 4-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da gerência;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Interesse em um símbolo de qualidade (“ISSO”, “SELO”, “CREDITAÇÃO”, etc.)
- 5-
- Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças
  - Envolvimento da Direção Superior
  - Interesse em um símbolo de qualidade (“ISSO”, “SELO”, “CREDITAÇÃO”, etc.);
  - Credibilidade da gerência;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação.
- 6-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Credibilidade da gerência;
  - Interesse em um símbolo de qualidade (“ISSO”, “SELO”, “CREDITAÇÃO”, etc.).
- 7-
- Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Envolvimento da Direção Superior;
- 8-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Credibilidade da gerência;
  - Interesse em um símbolo de qualidade (“ISSO”, “SELO”, “CREDITAÇÃO”, etc.).
- 9-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Credibilidade da gerência;
  - Interesse em um símbolo de qualidade (“ISSO”, “SELO”, “CREDITAÇÃO”, etc.).
- 10-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da gerência;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Interesse em um símbolo de qualidade (“ISO”, “SELO”, “ACREDITAÇÃO”, etc.).
- 11-
- Envolvimento da Direção Superior;



- Credibilidade da gerência;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc.)
- 12-
- Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc.);
  - Envolvimento da Direção Superior / Credibilidade da Gerência;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças / Acesso a treinamento durante o processo de implantação.
- 13-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da Gerência;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação.
- 14-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da Gerência;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação.
- 15-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da Gerência;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc.).
- 16-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da Gerência;
  - Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc.);
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças.
- 17-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da Gerência;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc.).
- 18-
- Envolvimento da Direção Superior;
  - Credibilidade da Gerência;
  - Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
  - Interesse do corpo funcional pela qualidade e atitude favorável a mudanças;
  - Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc).



## 19- (TMQ)

- Envolvimento da Direção Superior;
- Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
- Credibilidade da Gerência.

## 20-

- Envolvimento da Direção Superior;
- Credibilidade da Gerência;
- Acesso a treinamento durante o processo de implantação;
- Interesse em um símbolo de qualidade ("ISO", "SELO", "ACREDITAÇÃO", etc).

Q) Qual foi ou quais foram as dificuldades encontradas na implantação (listadas em ordem decrescente de importância)?

1- -----

2- Nenhuma.

3-

- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade;
- Muito tempo até a obtenção de resultados;
- Falta de formação do pessoal envolvido;
- Custos elevados;
- Resistência dos funcionários;
- Resistência dos gerentes;
- Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
- Dificuldade de envolvimento da Direção Superior.

4-

- Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
- Resistência dos funcionários.

5-

- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade;
- Muito tempo até a obtenção de resultados;
- Falta de formação do pessoal envolvido;
- Custos elevados;
- Resistência dos funcionários;
- Resistência dos gerentes;
- Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
- Dificuldade de envolvimento da Direção Superior.

6-

- Outras: Disponibilidade de tempo de trabalho.

7-

- Muito tempo até a obtenção de resultados;
- Custos elevados.

8-

- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade.

9-

- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade.

10-



- 11-
  - Custos elevados.
  - Resistência dos funcionários;
  - Dificuldade de envolvimento do corpo funcional.
- 12-
  - Custos elevados;
  - Muito tempo até a obtenção de resultados / Falta de formação do pessoal envolvido;
  - Resistência dos gerentes;
  - Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
  - Resistência dos funcionários / Peculiaridades do setor de saúde conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade.
- 13-
  - Resistência dos funcionários;
  - Custos elevados;
  - Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
  - Muito tempo até a obtenção dos resultados;
  - Falta de formação do pessoal envolvido;
  - Peculiaridades do setor de saúde conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade.
- 14-
  - Falta de formação do pessoal envolvido;
  - Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
  - Resistência dos funcionários;
  - Resistência dos gerentes;
  - Muito tempo até a obtenção dos resultados;
  - Dificuldade de envolvimento da Direção Superior;
  - Custos elevados;
  - Peculiaridades do setor de saúde conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade.
- 15-
  - Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
  - Resistência dos funcionários;
  - Falta de formação do pessoal envolvido;
  - Muito tempo até a obtenção de resultados;
- 16-
  - Resistência dos gerentes;
  - Resistência dos funcionários;
  - Falta de formação do pessoal envolvido.
- 17-
  - Falta de formação do pessoal envolvido;
  - Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
  - Resistência dos funcionários;
  - Muito tempo até a observação de resultados;
  - Custos elevados;
  - Resistência dos gerentes;



- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade.

18-

- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade;
- Falta de informação do pessoal envolvido;
- Custos elevados;
- Muito tempo até a obtenção de resultados;
- Dificuldade de envolvimento dos funcionários;
- Resistência dos gerentes ;
- Resistência dos funcionários;
- Dificuldade de envolvimento da direção superior.

19- (TMQ)

- Muito tempo até a obtenção de resultados;
- Dificuldade de envolvimento do corpo funcional;
- Falta de informação do pessoal envolvido;
- Resistência dos funcionários;
- Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os programas/atividades/modelos de qualidade.

20-

- Muito tempo até a obtenção de resultados;
- Dificuldade de envolvimento dos funcionários;
- Falta de formação do pessoal envolvido;
- Resistência dos funcionários.

R) O hospital monitora indicadores?

1- Sim:

Financeiros: -----

De qualidade: Atendimento ao cliente

De produtividade: Metas Pactuadas

De Recursos Humanos: -----

Outros: -----

2- Sim:

Financeiros: Custo Roupas Lavadas, Custo Refeição

De qualidade: Ocupação, Média de Permanência, Renovação, Substituição, Mortalidade, Cirurgia Suspensa, Taxa Cesárea, Infecção Hospitalar, Apgar 1º e 5º minutos.

De produtividade: Índice exames por internação, Índice exames diagnóstico margem por internação.

De Recursos Humanos: Admissões, desligamentos, médicos com título de especialista (%), relação pessoal/leito, enfermeiro/leito, absenteísmo, rotatividade, acidente de trabalho.

Outros: Pesquisa usuário (satisfação).

3- Sim:

Financeiros: Análise de receita e despesa em implantação, sistema de custos (PLANISA);

De qualidade: Todos do CQH + os exigidos pela SES no contrato de gestão;

De produtividade: Todos do CQH + os exigidos pela SES no contrato de gestão;

De Recursos Humanos: Todos do CQH;



Outros: Em implantação BSC.

4- Sim:

Financeiros: Liquidez corrente e seca, taxa de retorno do ativo entre outros (são mais de 70 para elaborar o orçamento);

De qualidade: Atenção ao usuário, comissão de óbitos, comissão de fármaco-vigilância, infecção hospitalar e prontuários;

De produtividade: Atividade ambulatorial, urgência / emergência, SADT, internação e atividade cirúrgica;

De Recursos Humanos: Turn-over, absenteísmo e acidentes de trabalho;

Outros: Análise de custos.

5- Sim:

Financeiros: Análise de receita e despesa em implantação, sistema de custos (PLANISA);

De qualidade: Todos do CQH + os exigidos pela SES no contrato de gestão;

De produtividade: Todos do CQH + os exigidos pela SES no contrato de gestão;

De Recursos Humanos: Todos do CQH;

Outros: Em implantação BSC.

6- Sim:

Financeiros: -----

De qualidade: Taxa de Infecção Hospitalar, Taxa de Cesarianas e Taxa de Mortalidade;

De produtividade: Índice de Relatividade, Índice de Substituição, Taxa de Ocupação e Média de Permanência;

De Recursos Humanos: Relação Funcionário/Leito, Relação de Enfermagem/Leito e Porcentagem de Títulos de especialistas;

Outros: -----.

7- Sim:

Financeiros: -----

De qualidade: Pesquisa de opinião do cliente, Taxa de Infecção Hospitalar e Taxa de Mortalidade;

De produtividade: Taxa de Ocupação Hospitalar, Tempo Médio de Permanência, Índice de Giro de Pacientes e Índice de Intervalo de Substituição no Leito;

De Recursos Humanos: -----

Outros: -----

8- Sim:

Financeiros: -----

De qualidade: Todos os indicadores de qualidade do Contrato de Gestão com a Secretaria da Saúde:

a) Qualidade da informação:

- Porcentagem de declaração do motivo de cesáreas;

- Porcentagem de diagnósticos secundários por especialidades;

- Percentual de códigos de residência do paciente corretos.

b) Atenção ao usuário:

- Apresentação de AID.

c) Outros indicadores:

- Média de permanência Depurada;

- Controle de Infecção Hospitalar;

- Farmacovigilância;



- Pesquisa de satisfação do usuário;
- Controle de origem de pacientes.

De produtividade: -----

De Recursos Humanos: -----

Outros: -----

9- Sim:

Financeiros: -----

De qualidade: Todos os indicadores de qualidade do Contrato de Gestão com a Secretaria da Saúde:

b) Qualidade da informação:

- Porcentagem de declaração do motivo de cesáreas;
- Porcentagem de diagnósticos secundários por especialidades;
- Percentual de códigos de residência do paciente corretos.

b) Atenção ao usuário:

- Apresentação de AID.

c) Outros indicadores:

- Média de permanência Depurada;
- Controle de Infecção Hospitalar;
- Farmacovigilância;
- Pesquisa de satisfação do usuário;
- Controle de origem de pacientes.

De produtividade: -----

De Recursos Humanos: -----

Outros: -----

10- Sim:

Financeiros: Despesas c/ pessoal, despesas c/ custeio, despesas c/ capital / investimento;

De qualidade: IH – Satisfação do Cliente interno e externo;

De produtividade: Produções, funcionalidades;

De Recursos Humanos: Absenteísmo e Rotatividade;

Outros: -----

11- Sim:

Financeiros: -----

De qualidade: Taxa de cesárea, leito/dia, infecção hospitalar, funcionário/leito, avaliação usuário;

De produtividade: No de pastas, no de cirurgias obstétricas, no de consultas ambulatoriais e emergenciais e no de exames;

De Recursos Humanos: -----

Outros: -----

12- Sim:

Financeiros: FIPE, UFESP, UFIR, Dólar, Juros, MORA (em hospital público não há rentabilidade, endividamento, etc.);

De qualidade: Taxa de cesárea, leito/dia, infecção hospitalar, funcionário/leito, avaliação usuário;

De produtividade: AIH, SIASUS e APAC;

De Recursos Humanos: Absenteísmo, relação pessoal/leito, relação e treinamento;

Outros: -----

13- Sim:



Financeiros: -----

De qualidade: Ouvidoria através de questionários aplicados aos usuários do Sistema de Saúde;

De produtividade: Produtividade Médica;

De Recursos Humanos: -----

Outros: -----

14- Sim:

Financeiros: Orçamento X Série Histórica;

De qualidade: Internações X No de leitos, partos, ambulatorios, etc.;

De produtividade: Produção X Capacidade instalada;

De Recursos Humanos: No de funcionários X leitos;

Outros: -----

15- Sim:

Financeiros: Custo de alimentação / paciente e Roupa lavada;

De qualidade: Satisfação do paciente quanto ao atendimento; recepção, médico, enfermagem, alimentação, roupa de cama, limpeza do quarto e indicação do Hospital para amigos e parentes;

De produtividade: Taxa de Ocupação, tempo médio de permanência, índice de renovação, número de altas e óbitos, número de cirurgias, número de exames laboratoriais e diagnóstico por imagem e média de permanência por dia;

De Recursos Humanos: Número de admissões, desligamentos, médicos em função assistencial, número de enfermeiras, número de funcionários contratados e terceirizados, número de horas trabalhadas, número de acidentes de trabalho e atividades de treinamento com o tema, carga horária e número de participantes por área;

Outros: -----

16- Sim:

Financeiros: Orçamento Valores Médicos de Fatura por AIH, valores faturados nos ambulatorios;

De qualidade: Taxa de Infecção Hospitalar, Número de cirurgias suspensas;

De produtividade: Número de consultas no Ambulatório e Pronto Socorro, Número de cirurgias e % de ocupação, Kg de roupa lavada;

De Recursos Humanos: Número de funcionários;

Outros: Consumo de água, gás, oxigênio e óleo diesel.

17- Sim:

Financeiros: Custo de alimentação / paciente e roupa lavada;

De qualidade: Satisfação do paciente quanto ao atendimento; recepção, médico, enfermagem, alimentação, roupa de cama, limpeza do quarto e a indicação do hospital para amigos e parentes;

De produtividade: Taxa de ocupação, tempo médio de permanência, índice de renovação, no de altas e óbitos, no de cirurgias, no de exames laboratoriais e diagnóstico por imagem e média de permanência por dia;

De Recursos Humanos: Absenteísmo, rotatividade, taxa de vagas não ocupadas;

Outros: -----

18- Sim:

Financeiros: -----

De qualidade: -----

De produtividade: -----



Outros: -----

19- Sim:

Financeiros: Índice de controle de custos de farmácia, almozarifado, órteses e próteses;  
De qualidade: -----  
De produtividade: Faturamento e relatórios estatísticos;  
De Recursos Humanos: -----  
Outros: -----

20- Sim:

Financeiros: Número de AIH's glosados, valores recebidos pela SES através do SAI/SUS, custos de serviços terceirizados, execução orçamentária, custo da roupa lavada, custo da refeição servida;  
De qualidade: Nível de satisfação do atendimento, número de artigos publicados em periódico científicos por servidores do hospital;  
De produtividade: Número de partos, número de internações por clínica, número de consultas ambulatoriais, taxas de reinternação não programadas, taxa de mortalidade institucional, taxa de cesáreas, atividades do BLH, atendimento de psicologia, fonoaudiologia fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social e SNS;  
De Recursos Humanos: Composição da força de trabalho por escolaridade e vínculo empregatício, taxa de absenteísmo, taxa de rotatividade, números de treinamentos realizados, número de teses defendidas, número de residentes e aprimorandos.  
Outros: -----

S) Qual foi ou quais foram os resultados positivos (listados em ordem decrescente de importância)?

- 1- -----
- 2- Ausência de resultados até o momento.
- 3-
  - Participação dos funcionários;
  - Racionalização dos processos.
- 4-
  - Responsabilização dos funcionários;
  - Participação dos funcionários;
  - Racionalização dos processos.
- 5-
  - Participação dos funcionários;
  - Racionalização dos processos.
- 6-
  - Participação dos funcionários;
  - Responsabilização dos funcionários;
  - Racionalização dos processos.
- 7-
  - Participação dos funcionários;
  - Redução dos Custos;
  - Melhora nos indicadores de eficiência.
- 8-
  - Aumento da satisfação dos usuários;
  - Racionalização dos processos;
  - Participação dos funcionários;



- Responsabilização dos funcionários;
  - Redução dos Custos.
- 9-
- Aumento da satisfação dos usuários;
  - Racionalização dos processos;
  - Participação dos funcionários;
  - Responsabilização dos funcionários;
  - Redução dos Custos.
- 10-
- Aumento da satisfação do usuário;
  - Aumento da satisfação dos funcionários;
  - Responsabilização dos funcionários;
  - Racionalização dos processos;
  - Redução de custos.
- 11-
- Redução de custos;
  - Aumento da satisfação do usuário;
  - Racionalização dos processos;
  - Aumento da satisfação dos funcionários;
  - participação dos funcionários.
- 12- Ausência de resultados até o momento.
- 13-
- Aumento da satisfação do usuário;
  - Melhora nos indicadores de eficiência;
  - Participação dos funcionários;
  - Aumento da satisfação dos funcionários;
  - Responsabilização dos funcionários.
- 14-
- Participação dos funcionários;
  - Aumento da satisfação dos funcionários;
  - Aumento da satisfação dos usuários;
  - Melhora nos indicadores de eficiência;
  - Racionalização dos processos / Responsabilização dos funcionários;
  - Redução de custos.
- 15-
- Aumento da satisfação do usuário;
  - Participação dos funcionários;
  - Responsabilização dos funcionários;
  - Racionalização dos processos;
  - Aumento da satisfação dos funcionários;
  - Melhora nos indicadores de eficiência;
  - Redução dos custos.
- 16-
- Aumento da satisfação do usuário;
  - Responsabilização dos funcionários;



- Participação dos funcionários;
- Racionalização dos processos;
- Melhora nos indicadores de eficiência.

17-

- Racionalização dos processos;
- Responsabilização dos funcionários;
- Participação dos funcionários;
- Aumento da satisfação dos usuários;
- Aumento da satisfação dos funcionários;
- Melhora nos indicadores de eficiência;
- Redução de custos.

18-

- Participação dos funcionários;
- Aumento da satisfação dos funcionários;
- Aumento da satisfação dos usuários.

19- (TMQ)

- Aumento da satisfação dos funcionários;
- Racionalização dos processos.

20-

- Responsabilização dos funcionários;
- Participação dos funcionários;
- Racionalização dos processos;
- Melhora nos indicadores de eficiência;
- Aumento da satisfação dos usuários;
- Aumento da satisfação dos funcionários;
- Redução de custos.

T) Qual foi ou quais foram os resultados negativos (listados em ordem decrescente de importância)?

- 1- -----
- 2- Ausência de resultados até o momento.
- 3-
  - Aumento dos conflitos internos.
- 4- Nenhum resultado negativo.
- 5-
  - Aumento dos conflitos internos.
- 6- Nenhum até o momento.
- 7- Nenhum resultado negativo.
- 8- Ausência de resultados negativos até o momento.
- 9- Ausência de resultados negativos até o momento.
- 10- Ausência de resultados negativos até o momento.
- 11- Ausência de resultados negativos até o momento.
- 12- Ausência de resultados negativos até o momento.
- 13- -----
- 14- Ausência de resultados negativos até o momento.
- 15- Ausência de resultados negativos até o momento.
- 16- Nenhum resultado negativo.
- 17- Nenhum resultado negativo.



18- Ainda não mensuraram, pois estão em fase de implantação e reavaliação dos Programas CQH, PNHAH e PNGS.

19- -----

20-

- Aumento dos conflitos internos;
- Aumento da competição interna.

U) Houve resultados inesperados?

1- -----

2- Não.

3- Não.

4- Não.

5- Não.

6- Não.

7- Não.

8- Sim. Positivos: A canalização da tecnologia e cultura de qualidade foi estendida para outros processos fora do escopo de Certificação em tempo muito curto.

9- Sim. Positivos: A canalização da tecnologia e cultura de qualidade foi estendida para outros processos fora do escopo de Certificação em tempo muito curto.

10- Sim. Positivos: Descoberta de novos talentos dentro da organização, pois havia necessidade do pessoal trabalhar para seus respectivos setores e mostrar o que estava sendo feito em cada área. Assim, foram surpreendidos com apresentações de excelente qualidade.

11- Sim. Positivos: Diminuição de casos de abandono de RN e ausência de solicitações de leite artificial.

12- -----

13- Não.

14- Não.

15- Não.

16- Não.

17- Não.

18- Não.

19- Não.

20- Sim:

- Positivos: Como Modelo de Gestão o Programa CQH possibilitou a reunião da equipe em um objetivo comum; reflexão sobre o consenso de algumas questões técnicas apresentadas no roteiro do CQH.
- Negativos: Dificuldade de sensibilizar órgãos superiores para alguns problemas, uma vez que conquistamos o selo de conformidade do Programa.



**Resultado dos Questionários** – *Hospitais que não implantaram nem estão implantando programa/modelo/atividade de qualidade.*

A) Número de leitos:

- 1- 244
- 2- 229 (21 ativos)
- 3- 245
- 4- 121
- 5- 185
- 6- 174

B) Vínculo com a Secretaria:

- 1- Administrado por O.S.
- 2- Administrado por O.S.
- 3- Administração Direta.
- 4- Administração Direta.
- 5- Administração Direta.
- 6- Administração Direta.

C) Classificação do hospital:

- 1- Geral.
- 2- Geral.
- 3- Geral.
- 4- Geral.
- 5- Geral.
- 6- Geral.

D) Conhece algum caso de implantação bem sucedida de um programa/atividade/modelo de qualidade?

- 1- Sim: O.S.S. Sumaré.
- 2- Sim: Hospital Israelita Albert Einstein.
- 3- Sim: Emílio Ribas, Sta. Casa de Porto Alegre.
- 4- Sim: HFM USP.
- 5- Não.
- 6- Não.

E) Programa/modelo/atividade implantado:

- 1- ONA.
- 2- Acreditação Hospitalar.
- 3- -----
- 4- Doutores da Alegria e Amigo da Criança.
- 5- -----
- 6- -----



F) Conhece algum caso de implantação que enfrentou dificuldades e foi abandonado?

- 1- Não.
- 2- Não.
- 3- Não.
- 4- Sim: Einstein.
- 5- Não.
- 6- Não.

G) Qual programa/modelo/atividade foi implantado?

- 1- -----
- 2- -----
- 3- -----
- 4- CQH - Controle de Qualidade Hospitalar.
- 5- -----
- 6- -----

H) Neste hospital houve a decisão de NÃO implantação de programas/modelos/atividades de qualidade?

- 1- Não. A possibilidade de implantação ainda não foi discutida.
- 2- Não. O processo está em discussão.
- 3- Não. O processo de implantação está em discussão.
- 4- Não. A possibilidade de implantação ainda não foi discutida.
- 5- Não. O processo está em discussão.
- 6- Não. O processo está em discussão.

I) Se houve a decisão de NÃO implantação, quem a tomou?

- 1- -----
- 2- Em implantação, o hospital.
- 3- -----
- 4- -----
- 5- -----
- 6- -----

J) Quais foram os motivos de não implantação (listados em ordem crescente de importância)?

- 1- -----
- 2- -----
- 3- -----
- 4- Falta de recursos.
- 5- -----
- 6-
  - i. Alto custo de implantação;
  - ii. Falta de recursos;
  - iii. Inadequação do sistema ao hospital;
  - iv. Peculiaridades do setor de saúde que são conflitantes com os sistemas de qualidade

L) Se houve tentativa de implantação, qual programa/modelo/atividade de qualidade foi escolhido?

- 1- -----
- 2- -----
- 3- Sim: PNHAH - Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
- 4- Não houve tentativa.



5-----

6-Sim: PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

M) Existe intenção de implantar algum programa/modelo/atividade de qualidade?

1-Sim: ONA.

2-Sim: CQH – Controle de Qualidade Hospitalar, ONA e FNPNG – Prêmio Nacional de Qualidade.

3-Sim.

4-Sim: PNHAH - Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

5-Sim: CQH - Controle de Qualidade Hospitalar, 5S e PNHAH - Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

N) Quando se pretende implantar?

1- Não sei.

2- Dentro de 1 ano.

3- Dentro de 2 a 3 anos.

4- Dentro de 1 ano.

5- Dentro de 1 a 2 anos.

6- Dentro de 1 ano.

O) Quanto acha que investirá em treinamento, informatização, em consultoria e em transformação física (obras, móveis e utensílios)?

1-treinamento: -----

informatização: -----

consultoria: -----

transformação física: -----

2- treinamento: -----

informatização: + ou – R\$ 500000,00.

consultoria: -----

transformação física: + ou – R\$ 400000,00.

3- treinamento: Não estimado.

informatização: Não estimado.

consultoria: Não estimado.

transformação física: Não estimado.

4- treinamento: -----

informatização: -----

consultoria: -----

transformação física: -----

5- treinamento: Em uma primeira fase recursos próprios.

informatização: -----

consultoria: -----

transformação física: -----

6- treinamento: -----

informatização: -----



consultoria: -----

transformação física: -----



A seguir são reproduzidos os comentários referentes aos hospitais, em que foram aplicados os questionários, e escritos pelos próprios profissionais que os responderam. Os números conferidos a cada comentário são os mesmos conferidos a estes hospitais no ANEXO 5.

**2. Hospital Estadual Mario Covas de Santo André (administrado por O.S.) -  
Está implantando ou já implantou algum programa/atividade/modelo de  
qualidade.**

O hospital Geral de Santo André está completando 2 anos de funcionamento. A discussão da implantação de um programa de qualidade vem sendo feita desde Julho de 2003. O Programa escolhido foi o CQH e alguns funcionários do hospital vêm participando de cursos no CQH. Uma auto-avaliação, segundo o roteiro de visitas, já foi elaborado e estamos procedendo a inscrição no programa. Os indicadores já são elaborados desde Janeiro de 2003. O grupo de qualidade já está montado e trabalhando nesta auto-avaliação. Este grupo tem caráter multidisciplinar com todas as instâncias da instituição representada.

Portanto, estamos ainda em fase preliminar de implantação do programa, o que não nos permite ainda a coleta de resultados mais consistentes.

**6. Hospital Geral "Dr. Manuel Bifulco", de São Mateus (administração direta) –  
Não implantou nem está implantando programa/atividade/modelo de qualidade.**

Apesar de ter respondido o questionário de quem não implantou e nem está implantado nenhum programa/atividade/modelo de qualidade encontramos no hospital em questão Programa de Humanização (Brinquedoteca e Parto Humanizado), cursos sobre Qualidade no Atendimento e Desenvolvimento Gerencial e um estudo em andamento sobre a implantação da ONA (Organização Nacional de Acreditação).

**8. Hospital Geral de Carapicuíba (administrado por O.S.) – Está implantando  
ou já implantou algum programa/atividade/modelo de qualidade.**

O Hospital Sanatorinhos Carapicuíba mantém o Sistema de 5S em vigor em seu processo de Patologia Clínica, envolvendo 14 setores, com avaliação diária e mensal.

O sistema foi implantado como precursor da NBR ISO 9001-2000, que está em fase final de implantação, já marcada a auditoria de diagnóstico ( 3ª parte).

O Hospital também tem a intenção da implantação do sistema de Acreditação Hospitalar para 2004.

**9. Hospital Geral de Itapevi (administrado por O.S.) – Está implantando ou já  
implantou algum programa/atividade/modelo de qualidade.**

O Hospital Sanatorinhos Itapevi (Geral Itapevi) mantém sistema de gestão implantado no escopo de serviços de anatomia patológica e citopatologia, além da



ferramenta de 5S em 2 processos, em fase de término em mais 4. Teve início em 2001 uma gestão voltada para a excelência na qualidade dos serviços prestados, enfocando o cliente usuário do Sistema Único de Saúde (único cliente dos hospitais administrados por OSs, contratualmente) objetivando um atendimento com padrão diferenciado em serviço público de saúde. O envolvimento da Administração foi fundamental neste processo.

A busca da excelência em atendimento ao cliente de serviços de saúde deixou de ser nos últimos anos exclusividade do setor privado, sendo bastante buscado no serviço público. O diferencial de concorrência passou a ser a fundamentação da sobrevivência. Por conseguinte passou a ser necessário oferecer mais e melhores serviços. Espera-se também que os clientes sejam esclarecidos em relação aos processos e também críticos em relação ao relacionamento fornecedor/clientes internos, não somente na administração e gerenciamento de processos administrativos, mas também voltados para o foco no cliente paciente.

Espera-se a conclusão da acreditação hospitalar ainda em 2004. A certificação ISO foi muito importante para a canalização técnica desta realidade. Os 5S foram o precursor da mudança de cultura da relação com ambiente de trabalho e dos processos nele realizado.

**13. Hospital Regional "Dr. Osiris Florindo Coelho", de Ferraz de Vasconcelos (administração direta) – Está implantando ou já implantou algum programa/atividade/modelo de qualidade.**

O Hospital Regional Dr. Osiris Florindo Coelho buscou, através da implantação dos programas/atividades de qualidade, fortalecer a sua missão e visão:  
Missão: *“Atendimento humanizado promovendo saúde com qualidade à população”*.  
Visão: *“Ser uma instituição moderna com uma equipe multidisciplinar integrada e aprimoramento técnico científico constante, promovendo saúde com qualidade à população”*.

**18. Hospital Infantil Cândido Fontoura (administração direta) – Está implantando ou já implantou algum programa/atividade/modelo de qualidade.**

Houve mudança do principal gestor; o hospital passa por reformulação e reconstrução de valores e programas.

**19. Conjunto Hospitalar do Mandaqui (administração direta) – Está implantando ou já implantou algum programa/atividade/modelo de qualidade.**

As respostas se referem à consultoria da Fundação Cristiano Ottoni, a qual visava a implantação da Gestão pela Qualidade Total. Este treinamento procurou dotar os



gerentes e chefias de ferramentas gerenciais, de tal modo a melhorar a eficiência dos processos internos por meio de padronização e racionalização. Apesar de terem ocorrido vários treinamentos, a grande distância observada entre a prática cotidiana do hospital e a metodologia proposta resultou em baixa credibilidade da ferramenta.

A baixa frequência com que se dava o contato com o consultor foi outro ator que contribuiu para a não efetivação do programa no hospital. Em resumo, traduzindo para a linguagem coloquial, a Gestão pela Qualidade Total "não pegou".



### **1. Projeto: Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**

**OBJETIVOS:** Estreitar o vínculo mãe/filho após o nascimento, iniciando o aleitamento materno precocemente e oferecer à mãe as orientações para a manutenção do aleitamento

**POPULAÇÃO ATINGIDA:** Todas as puérperas e recém-nascidos do Hospital

**EQUIPE DE TRABALHO:** Equipe multiprofissional das áreas médica, de enfermagem, serviço social e nutrição

**RESULTADOS:** Início imediato do aleitamento materno, manutenção dos RNs em alojamento conjunto, mudança de hábitos da equipe com nova orientação às mães

**DIFICULDADES ENCONTRADAS:** Mudanças de comportamento da equipe de trabalho e encaminhamento do RN para Unidade Básica de referência para puericultura

**PERSPECTIVAS:** Ampliar o conhecimento sobre o Projeto, sensibilizando e capacitando profissionais do Hospital e das UBSs para melhor atingir os objetivos

### **2. Projeto: Acesso dos Pais à Unidade de Berçário Patológico**

**OBJETIVOS:** Melhorar a relação pais-filho, diminuindo o stress, incentivando o aleitamento materno o mais precocemente possível e propiciando uma maior participação do pai no desenvolvimento da criança

**POPULAÇÃO ATINGIDA:** Todos os recém-nascidos patológicos do Hospital

**EQUIPE DE TRABALHO:** Equipe multiprofissional das áreas de Obstetrícia e Neonatologia

**RESULTADOS:** Maior tranquilidade aos pais por permanecerem mais tempo com o RN e terem conhecimento dos cuidados terapêuticos, garantia do aleitamento materno

**DIFICULDADE ENCONTRADA:** Mudança de comportamento da equipe

**PERSPECTIVA:** Manutenção do trabalho que vem sendo executado

### **3. Projeto: Livre Acesso do Pai ao Alojamento Conjunto**

**OBJETIVOS:** Facilitar a presença do pai junto ao binômio mãe-filho

**POPULAÇÃO ATINGIDA:** Todas as puérperas e RNs do hospital



EQUIPE DE TRABALHO: Equipe multiprofissional da área de Obstetrícia e Neonatologia

RESULTADO: Maior satisfação do casal com a flexibilidade do horário de visita

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de comportamento da equipe de trabalho

PERSPECTIVA: Aproveitar a presença do pai para desenvolver trabalho educativo sobre a nova situação familiar

#### **4. Projeto: Brinquedoteca**

OBJETIVOS: Facilitar a adaptação da criança ao ambiente hospitalar e reduzir o sofrimento através do ato de brincar

POPULAÇÃO ATINGIDA: Todas as crianças internadas na Unidade de Pediatria

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe de Psicologia, recreacionistas e voluntárias

RESULTADO: Crianças mais colaborativas ao tratamento

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de comportamento da equipe

PERSPECTIVA: Envolvimento maior dos pais na atividade de recreação buscando melhor relação pai-flho

#### **5. Projeto: Mãe Acompanhante na Pediatria**

OBJETIVOS: Propiciar à criança internada a segurança e o conforto de ter junto de si alguém de sua confiança no momento de fragilidade emocional ocasionado pela internação. Fornecer orientação às mães sobre os cuidados com a criança enferma

POPULAÇÃO ATINGIDA: Acompanhantes das crianças internadas na Unidade de Pediatria

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe Multiprofissional da Pediatria

RESULTADOS: Menor conflito entre os acompanhantes e funcionários de enfermagem, maior conhecimento do acompanhante quanto ao tratamento da criança e as rotinas do serviço e diminuição do stress do paciente

DIFICULDADES ENCONTRADAS: Número reduzido de técnicos, às vezes desinteresse dos acompanhantes em participar dos grupos, material informativo escasso e necessidade de mudança de comportamento da equipe



PERSPECTIVA: Aumentar e melhorar o material informativo facilitando o trabalho

#### **6. Projeto: Mãe Acompanhante no Centro Cirúrgico**

OBJETIVOS: Propiciar à criança que sofrerá intervenção cirúrgica a segurança e o conforto de ter junto de si alguém de sua confiança, no momento de fragilidade emocional ocasionado pela internação e intervenção cirúrgica

POPULAÇÃO ATINGIDA: Todas as crianças internadas a serem submetidas a cirurgia

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe de Enfermagem e Psicologia

RESULTADO: Diminuição da ansiedade do binômio mãe-filho

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de comportamento da equipe

PERSPECTIVA: Manutenção do trabalho que vem sendo executado

#### **7. Projeto: Mãe Acompanhante na Unidade de Queimados**

OBJETIVOS: Propiciar à criança internada a segurança e o conforto de ter junto de si alguém de sua confiança no momento de fragilidade emocional ocasionado pela internação

POPULAÇÃO ATINGIDA: Todas as crianças internadas na Unidade de Queimados

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe multiprofissional da Unidade de Queimados

RESULTADOS: Diminuição do stress do binômio mãe-filho, atitude colaborativa em relação ao tratamento

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de comportamento da equipe

PERSPECTIVA: Aproveitar a presença da mãe para desenvolver trabalho educativo em prevenção de acidentes

#### **8. Projeto: Visita de Familiar no Pós-Operatório Imediato**

OBJETIVOS: Propiciar ao paciente que sofreu intervenção cirúrgica a segurança e o conforto de ter junto de si alguém de sua confiança no momento de fragilidade emocional ocasionado pela internação e intervenção cirúrgica



POPULAÇÃO ATINGIDA: Todos os pacientes internados nas unidades cirúrgicas

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas

RESULTADOS: Verifica-se maior tranquilidade do paciente ao perceber a presença do familiar e deste também ao poder ter informações sobre o caso clínico

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de comportamento da equipe

PERSPECTIVA: Manutenção do trabalho que vem sendo executado

### **9. Projeto: Permanência de Acompanhante Junto ao Idoso**

OBJETIVOS: Propiciar ao paciente idoso a segurança e o conforto de ter junto de si alguém de sua confiança no momento de fragilidade emocional ocasionado pela internação

POPULAÇÃO ATINGIDA: Todos os pacientes internados nas unidades cirúrgicas e médica

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas e Médica

RESULTADOS: A presença do familiar dá um grande conforto psicológico ao paciente idoso e facilita o contato com a equipe profissional

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de comportamento da equipe

PERSPECTIVA: aproveitar o contato com o familiar para fornecer orientação sobre cuidados ao paciente pós-alta

### **10. Projeto: Apoio Psicológico à Criança no Pré-Operatório Eletivo**

OBJETIVOS: Propiciar à criança que sofrerá intervenção cirúrgica a segurança e o conforto de saber o que irá ocorrer dentro do CC preparando-a para a situação

POPULAÇÃO ATINGIDA: Todas as crianças que passarão por intervenção cirúrgica eletiva.

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe de Psicologia Hospitalar

RESULTADOS: Menor tensão dos pequenos pacientes em relação ao procedimento que será executado e melhor integração ao ambiente hospitalar

DIFICULDADE ENCONTRADA: Não há dificuldade



PERSPECTIVAS: A experiência adquirida neste Projeto pode ser utilizada em todos os pacientes que serão submetidos a cirurgia, reduzindo a natural ansiedade que cerca essa situação

### **11. Projeto: Projeto de Atendimento à Vítima de Violência Sexual**

OBJETIVOS: Propiciar um atendimento integral e qualificado à vítima de violência sexual

POPULAÇÃO ATINGIDA: Todos os pacientes atendidos no Hospital vítimas de violência sexual

EQUIPE DE TRABALHO: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros

RESULTADOS: O atendimento multiprofissional permite focar adequadamente as inúmeras variáveis envolvendo tais casos, com maior abrangência de ação e melhor satisfação da clientela

DIFICULDADES ENCONTRADAS: Dificuldade de diagnóstico em alguns casos de molestamento sexual, principalmente em crianças. Mudança de comportamento da equipe

PERSPECTIVAS: Em função do aumento da violência urbana e da divulgação do serviço deverá haver incremento de atuação

### **12. Projeto: Método Canguru**

OBJETIVOS: Propiciar melhor recuperação dos RNs prematuros e de baixo peso através do contato prolongado com a mãe (ou cuidador)

POPULAÇÃO ATINGIDA: RNs pacientes do Hospital (Neonatologia)

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe multiprofissional da área de neonatologia e maternidade

RESULTADOS: Melhor relação mãe-filho, melhor curva de ganho ponderal

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de comportamento da equipe

PERSPECTIVAS: Acredita-se no impacto positivo na redução da morbidade e mortalidade neonatal e melhor relação mãe-filho

### **13. Projeto: Ludoterapia na Espera do Ambulatório Infantil de Queimados**



**OBJETIVOS:** Propiciar momentos de descontração e de terapia de apoio à criança que sofreu queimadura e está em seguimento médico no ambulatório

**POPULAÇÃO ATINGIDA:** Todas as crianças atendidas no ambulatório de queimados.

**EQUIPE DE TRABALHO:** Equipe de Psicologia Hospitalar e Voluntárias

**RESULTADOS:** Observa-se diminuição da tensão dos pequenos pacientes em relação aos curativos, com maior colaboração durante o procedimento

**DIFICULDADES ENCONTRADAS:** Espaço adequado e materiais apropriados

**PERSPECTIVA:** A equipe tem consciência do benefício proporcionado pela técnica, o que serve de base para ampliar o serviço a outros setores

#### **14. Projeto: Coral HGVP**

**OBJETIVOS:** Desenvolver a integração dos funcionários através do canto coral e propiciar momentos de entretenimento aos pacientes através da música.

**POPULAÇÃO ATINGIDA:** Funcionários e clientela do Hospital

**EQUIPE DE TRABALHO:** Funcionários e Voluntárias participantes. Apoio Institucional.

**RESULTADOS:** O canto coral melhora o relacionamento das pessoas e torna mais agradável o ambiente hospitalar

**DIFICULDADES ENCONTRADAS:** Encontrar área e tempo disponível para os ensaios

**PERSPECTIVAS:** Com a sensibilização das chefias em liberar funcionários para os ensaios e a conscientização dos benefícios para as pessoas envolvidas e para o conjunto de funcionários a expectativa é de melhoria contínua da qualidade técnica e de aumento das oportunidades de apresentação

#### **15. Projeto: Visita de gestantes ao HGVP**

**OBJETIVOS:** Propiciar o conhecimento às gestantes sobre o hospital e o fluxo de atendimento às parturientes

**POPULAÇÃO ATINGIDA:** Gestantes encaminhadas pelas UBSs de referência

**EQUIPE DE TRABALHO:** Serviço Social, Supervisão de Enfermagem da Maternidade e Voluntárias



RESULTADOS: Boa receptividade das visitantes e diminuição do grau de ansiedade por ocasião da internação e parto

DIFICULDADE ENCONTRADA: Ainda reduzido encaminhamento pelas UBSs

PERSPECTIVA: Incrementar o serviço através de melhor divulgação às UBSs

### **16. Projeto: Agendamento Telefônico**

OBJETIVO: Facilitar a marcação de consultas e exames pelos pacientes e unidades de referência

POPULAÇÃO ATINGIDA: Toda a clientela do hospital que necessita de serviços ambulatoriais

EQUIPE DE TRABALHO: Equipe de Recepção Hospitalar

RESULTADOS: Pacientes satisfeitos com a facilidade criada pelo serviço

DIFICULDADE ENCONTRADA: Mudança de conceitos no atendimento à clientela

PERSPECTIVA: Envolvimento maior das unidades de saúde de referência colaborando com os pacientes para o agendamento.

### **17. Projeto: Cuidar de Quem Cuida**

OBJETIVO: Propiciar atendimento às necessidades do funcionário, nas áreas de creche, assistência médico-odontológica, cuidados com o ambiente de trabalho, informação funcional e preparação para aposentadoria.

POPULAÇÃO ATINGIDA: Funcionários do Hospital

EQUIPE DE TRABALHO: Equipes de R.H. e SESMT

RESULTADOS: Envolvimento maior do funcionário com o objeto do seu trabalho e satisfação pelos serviços oferecidos

DIFICULDADES ENCONTRADAS: Mudança de comportamento e deficit de funcionários

PERSPECTIVA: Ampliar os serviços



## 18. Projeto: Voluntariado

**OBJETIVO:** Prestar solidariedade humana, buscando suprir carências afetivas e materiais dos pacientes, contribuindo para a sua recuperação com seu apoio espiritual, com sua presença amigável e mesmo com algum bem material àqueles mais necessitados.

**POPULAÇÃO ATINGIDA:** Toda a clientela do hospital

**EQUIPE DE TRABALHO:** Equipe de voluntárias

**RESULTADOS:** Pacientes satisfeitos e mais tranquilos com o apoio recebido

**DIFICULDADES ENCONTRADAS:** Encontrar pessoas com perfil adequado.  
Rotatividade

**PERSPECTIVAS:** Aumento do quadro e das atividades realizadas e especialização no trabalho