

ESCOLA POLITÉCNICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
TRABALHO DE FORMATURA

**REDE DE INDICADORES DE PERFORMANCE
PARA O AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO
EM PREPARAÇÃO PARA O PROCESSO DE
ACREDITAÇÃO**

LUÍS FERNANDO AMADIO REZENDE
ORIENTADOR: ANTÔNIO R. N. MUSCAT

2001

HF 2001
R 339 92

SUMÁRIO

O objetivo deste trabalho é desenvolver um sistema de indicadores de performance para um hospital público de ensino que pretende se preparar para o Processo de Acreditação, o qual vai definir um patamar mínimo de qualidade e produtividade para todos os hospitais do país a partir de 2002.

Para tanto, primeiro escolhemos um setor desse hospital (o ambulatório), que foi descrito nas três dimensões funcionais que possui: assistencial, didática e científica. Então, identificou-se na Acreditação um relevante provedor de direcionamento estratégico e, com base em seus critérios de avaliação definimos o equivalente a critérios competitivos para o hospital. Em seguida, distribuímos esses critérios ao longo de um ranking que indica o impacto que medidores de performance teriam sobre a operação das atividades que prevêem, escolhendo os itens que sofrem maior impacto para integrar o estudo.

Os resultados do trabalho são: (1) um sistema de indicadores para os critérios priorizados que se relacionam com as atividades que o hospital já realiza; (2) uma orientação para que a direção do hospital garanta que as novas funções a serem agregadas ao ambulatório sejam produto de esforços de projeto eficientes e em sintonia com seus os desejos e (3) uma rica pesquisa de indicadores ambulatoriais que devem ser usados para fomentar as atividades propostas na Acreditação.

ÍNDICE

1	<u>INTRODUÇÃO</u>	1
1.1	SERVIÇOS DE SAÚDE NO SÉCULO XXI	1
1.2	A QUESTÃO DA PRODUTIVIDADE NO SETOR HOSPITALAR	3
1.3	AMBIENTE LEGAL DAS FUNÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL	7
2	<u>APRESENTAÇÃO DO TRABALHO</u>	10
2.1	OBJETIVOS	10
2.2	ESCOLHA DO TEMA E RELEVÂNCIA PARA O HOSPITAL	10
2.3	METODOLOGIA	12
2.4	DIRECIONAMENTO TEÓRICO DE MEDIDA DE PERFORMANCE USADO	13
3	<u>DESCRIÇÃO DO HOSPITAL</u>	17
3.1	ATIVIDADES PRINCIPAIS	17
3.2	MISSÃO E OBJETIVOS	20
3.3	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	21
4	<u>DESCRIÇÃO DO SERVIÇO ESTUDADO</u>	23
4.1	O AMBULATÓRIO	23
4.2	DIMENSÃO ASSISTENCIAL	24
4.2.1	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	24
4.2.2	DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	27
4.2.3	AVALIAÇÃO DO NÍVEL ATUAL DE SERVIÇOS	29
4.3	DIMENSÃO DIDÁTICA	31
4.4	DIMENSÕES DE PESQUISA	33
5	<u>LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DO AMBULATÓRIO</u>	34
5.1	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES ESTRATÉGIAS	34
5.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE O FOCO ESTRATÉGICO	37

6	<u>A ACREDITAÇÃO</u>	40
6.1	INTRODUÇÃO	40
6.2	NÍVEIS DE CLASSIFICAÇÃO	40
6.3	ITENS DE VERIFICAÇÃO	41
6.4	A AVALIAÇÃO	44
6.5	A ACREDITAÇÃO COMO PROVEDORA DE DIRECIONAMENTO ESTRATÉGICO	46
7	<u>IDENTIFICAR OBJETIVOS NA ACREDITAÇÃO</u>	49
7.1	OS DESAFIOS DA ACREDITAÇÃO	49
7.2	MEDIÇÃO DE PERFORMANCE COMO FERRAMENTA PARA A ACREDITAÇÃO	50
7.2.1	MEDIDAS DE DESEMPENHO COMO SUPORTE AO APERFEIÇOAMENTO	51
7.2.2	MEDIDAS DE DESEMPENHO COMO SUPORTE PARA A CRIAÇÃO DE FUNÇÕES	52
7.3	APLICAÇÕES PRÁTICAS DE PRODUTIVIDADE NA ÁREA HOSPITALAR	53
7.4	ALGUNS ÍNDICES POPULARMENTE UTILIZADOS EM AMBULATÓRIOS	57
8	<u>ESTUDO DOS CRITÉRIOS</u>	59
8.1	RESULTADOS DE CLASSIFICAÇÃO	61
8.2	ABORDAGEM A SER DADA AOS CRITÉRIOS	63
9	<u>DESENVOLVIMENTO DE INDICADORES</u>	68
9.1	O SISTEMA DE INFORMAÇÕES COMO CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	69
9.2	INDICADORES PARA CRITÉRIOS PRIORIZADOS NO APERFEIÇOAMENTO	73
9.2.1	HORÁRIOS DISPONÍVEIS PARA ATENDER A DEMANDA	73
9.2.2	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	77
9.2.3	CONDIÇÕES DE TRATAMENTO A GRUPOS ESPECIAIS	80
9.2.4	PRECAUÇÕES E ROTINAS PADRONIZADAS	83
9.2.5	MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS	86
9.2.6	EQUIPE MÉDICA ADEQUADA NO LOCAL DE FUNCIONAMENTO	88
9.2.7	INFRA-ESTRUTURA ADEQUADA	93

<u>10</u>	<u>CRITÉRIOS DE PROJETO E OS INDICADORES</u>	<u>98</u>
10.1	INDICADORES PARA ACOMPANHAR OS PROJETOS	102
10.2	INDICADORES PARA ALIMENTAR ANÁLISES SUGERIDAS	104
<u>11</u>	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>109</u>

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Instalações físicas do HU.	20
Tabela 2 – Classificação de níveis de acreditação.	41
Tabela 3 – Critérios de classificação de níveis de acreditação.	43
Tabela 4 – Parametrização das variáveis de análise de critérios.	60
Tabela 5 – Classificação dos itens de verificação da Acreditação.	62
Tabela 6 – Identificação dos grupos de critérios inter-relacionados.	63
Tabela 7 – Ranking para priorização dos itens de verificação.	66
Tabela 8 – Medidores de resultado para o sistema de informações.	71
Tabela 9 – Medidores de processo dos sistemas de informação.	72
Tabela 10 – Medidores de resultado para disponibilidade de horário.	74
Tabela 11 – Medidores de processo para disponibilidade de horário.	76
Tabela 12 – Indicadores de acompanhamento de absenteísmo.	77
Tabela 13 – Medidores de resultado de atividades de educação.	78
Tabela 14 – Medidores de processo de atividades de educação.	79
Tabela 15 – Medidores de resultado de atividades em grupo.	82
Tabela 16 – Medidor de resultado da padronização de rotinas.	85
Tabela 17 – Medidor de processo para padronização de rotinas.	86
Tabela 18 – Medidores de resultado da manutenção preventiva.	87
Tabela 19 – Medidor de processo para manutenção preventiva.	88
Tabela 20 – Medidores de resultado de atendimento hospitalar.	90
Tabela 21 – Medidores de processos de atendimento hospitalar.	93
Tabela 22 – Medidores de resultado da infra-estrutura.	94
Tabela 23 – Medidores de processo para a infra-estrutura.	96
Tabela 24 – Critérios da Acreditação que implicam em projetos	99
Tabela 25 – Critérios relativos à realização de análises.	105
Tabela 26 – Indicadores para análise das atividades ambulatoriais.	106

1 Introdução

1.1 Serviços de Saúde no século XXI

A noção de saúde é bastante antiga. Diz respeito ao *estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são*.¹ O tratamento da saúde como é feito hoje, entretanto, é uma modalidade de serviço relativamente nova, que foi radicalmente alterada pelos avanços tecnológicos e pelas descobertas científicas ocorridas no século XX, de forma a ter hoje um perfil e uma abrangência muito diferentes dos observados até a virada do último século.

Ao tentar “promover saúde” entre seus cidadãos, os países buscam controlar os mais diversos fatores que podem interferir na sua constituição: investem em prevenção por meio de vacinas, controlam a incidência de doenças contagiosas, aplicam em saneamento básico e tentam fomentar hábitos de vida que contribuam para a prevenção de doenças e outros agravos.² A própria noção de saúde por si só é fortemente ligada à condição sócio-econômica de cada país, de forma que *“aumentar riqueza e redistribuir riqueza é muitas vezes o problema central da saúde”* nos países que ainda têm um nível de desenvolvimento social insuficiente.³

Enquanto Estados tentam estender a toda sua população os benefícios que a medicina já oferece, a iniciativa privada atua de forma a absorver a demanda por serviços cada vez mais sofisticados que algumas parcelas da sociedade podem adquirir. Empresas farmacêuticas e conglomerados hospitalares estão hoje no time de organizações que movimentam centenas de milhões de dólares por ano. Os cinco maiores hospitais de São Paulo, por exemplo, tiveram um faturamento conjunto de

¹ Dicionário Novo Aurélio, Editora Nova Fronteira, 2001.

² Planejamento Estratégico da Funasa – Fundação Nacional de Saúde, outubro de 1999.

³ Entrevista com o Dr. José Carlos Seixas, Secretário Adjunto de Saúde do Estado de São Paulo, eHealth Latin America, 06 de Setembro de 2000.

cerca de R\$ 1 bilhão em 2000, empregando diretamente mais de 20.000 profissionais.⁴

Justamente os hospitais, personagens fundamentais nos sistemas de saúde de qualquer país, são considerados, por diversos autores, organizações muito complexas em que a gestão de recursos é um desafio constante. Peter Drucker, no início da década de 90, afirmou: "*Nós nunca na história da humanidade construímos algo tão complexo como o hospital moderno. Ele é provavelmente muito complexo para ser administrado*".⁵

Segundo HAMES (1991), além da estrutura organizacional complexa e da natureza delicada do tipo de serviços que prestam, fatores como contenção de custos dos que financiam o sistema, bem como a proliferação de sistemas alternativos de prestação de serviços, aumentam a dificuldade de gerenciamento dos hospitais.⁶

Diante de demandas e dificuldades como as citadas acima, ter eficácia para perseguir o que realmente contribui para a saúde da população, bem como ter eficiência para maximizar os resultados desse esforço, são desafios fundamentais. Tanto o sucesso dos governos em atender às necessidades de seus povos quanto o das organizações privadas em capturar o melhor resultado financeiro possível por meio de suas atividades, certamente, dependem de sua superação.

⁴ Revista Exame São Paulo, edição 741, maio de 2001.

⁵ McMANIS GERALD. *Reinventing the system*, Hospital & Health Networks, p.42, 1993.

⁶ HAMES, D.S.P. *Productivity - enhancing work innovations: remedies for what ails hospitals*. In BITTAR, Olimpio J. N. *Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares*. Revista Saúde Pública, V. 30, 1996 p. 53-60

1.2 A questão da produtividade no setor hospitalar

Apesar do avanço obtido na administração de hospitais nas últimas décadas, o volume de pesquisa em relação à organização e administração dos mesmos é bastante reduzido. Em relação a aspectos como gestão de qualidade, produtividade e dimensionamento de pessoal, poucos trabalhos foram desenvolvidos. Empiricamente, porém, tem sido observado que o maior avanço é apresentado pela área privada, que se atém a conceitos como os de efetividade, eficácia e eficiência a fim de garantir sobrevivência no mercado que ocupa.⁷

A medida de eficiência no setor da saúde, entretanto, é complicada pela própria natureza do seu processo de produção. Se considerarmos genericamente que o seu produto ideal é a melhoria do estado de saúde de seus pacientes, encontraremos dificuldades tanto conceituais quanto empíricas para realizar sua medida. As complicações derivam do fato do estado de saúde ser uma função de diversas variáveis, muitas das quais exógenas ao setor de saúde em si, por exemplo, renda média por domicílio, educação, bem como decisões das famílias quanto aos seus hábitos e precauções.⁸

Para fins práticos, entretanto, alguns autores estabelecem que a produtividade hospitalar está diretamente relacionada ao quanto os hospitais conseguem atingir na contribuição pretendida para a saúde de seus pacientes com o mínimo de insumos possíveis. Por isso, como tanto os custos quanto os procedimentos realizados variam ao longo do tempo junto com o avanço tecnológico observado, o conceito de eficiência está sempre em mutação para se adaptar às melhores práticas de cada momento.

⁷ BITTAR OLÍMPIO. *Produtividade em Hospitais*, Tese de livre docência, São Paulo, 1994.

⁸ ZERE EYOB. *Hospital Efficiency in Sub-Saharan Africa*, United Nations University, 2000.

Um outro aspecto muito importante dos esforços para o controle de produtividade no setor de saúde reside nas possibilidades de *benchmarking*⁹ que oferecem: por meio desse, práticas que são necessárias para se alcançar novos e melhores patamares de performance são não só identificadas, mas principalmente entendidas. Mais que isso, ao olhar para fora de si mesmos os hospitais rompem a tradição de definir novas metas apenas extrapolando resultados passados, permitindo-se direcionar seus objetivos com base no que houver de melhor entre seus indivíduos.¹⁰

Em países como os EUA, a questão da produtividade hospitalar vem sendo foco de estudos cada vez mais freqüentes, que indicam que métodos como a diminuição no tempo de permanência dentro do hospital - aliados a uma nova dinâmica de tratamento que busca tratar as patologias com grande intensidade de procedimentos - vêm tendo impacto positivo na redução de custos de complicações crônicas como hipertensão e diabetes, permitindo uma realocação de recursos para novos problemas ainda pouco servidos.¹¹

No Brasil, por sua vez, a questão da produtividade na indústria hospitalar, seja ela de caráter privado ou público, está se tornando cada vez mais relevante na medida em que se torna uma ferramenta indispensável para a sobrevivência dos indivíduos do setor. No caso dos hospitais privados, por exemplo, *"os convênios querem reduzir seus gastos e podem estar se aproveitando de uma falha do próprio prestador de serviços que não conhece seu custo, portanto não tem condições de realizar uma boa negociação (...) Qualidade e **produtividade** são palavras chave"*.¹²

⁹ Prática em que se levantam padrões e referências contra os quais possa se julgar e avaliar um determinado aspecto competitivo.

¹⁰ CAMP ROBERT, TWEET ARTHUR, *Benchmarking Applied to Health Care*, Journal on Quality Improvement, maio de 1994.

¹¹ Adaptado do relatório da Medicare Payment Advisory Commission, março de 1999.

¹² *Os hospitais vão mudar de mão* - Jornal Saúde Hoje, janeiro de 1999.

Já para os hospitais públicos, a necessidade de controlar a eficiência de suas operações está intimamente ligada ao processo de estrangulamento financeiro que vêm sofrendo ano após ano como parte dos programas de redução de déficit público dos governos do país, que estão impondo sobre eles uma necessidade cada vez maior de racionalizar o uso de seus (escassos) recursos.¹³ Para esse setor, principalmente, a captação de recursos é mínima se comparada com a de outros países do mundo, em que maiores gastos *per capita* com saúde permitem que o sistema trabalhe com uma maior folga operacional e financeira para atender a população elegível a utilizá-lo:

Gastos per Capita (US\$, em 1996)

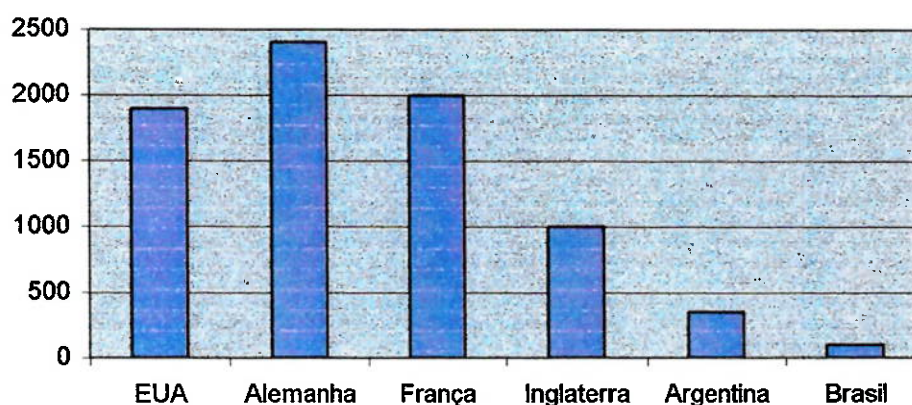


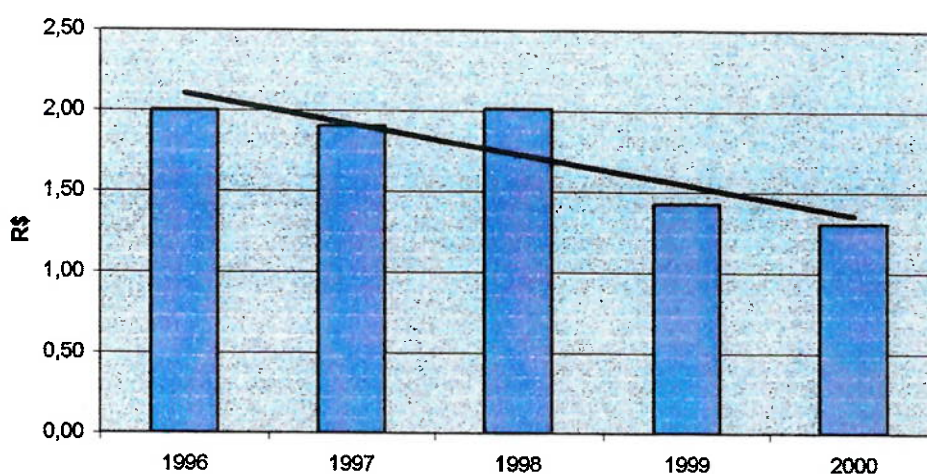
Gráfico 1 – Gastos por habitante em saúde.

(Fonte: *Análise Setorial Gazeta Mercantil*, 1996).

(Elaborado pelo autor)

Os dados do SUS mostram ainda que a quantidade de recursos por consulta ambulatorial está diminuindo ano a ano, comprovando a afirmação do doutor Adib Jatene de que o sistema está sofrendo pressões cada vez maiores para se organizar e capacitar ao máximo diante da escassez de recursos a ele destinados:

¹³ Adib Jatene, no 1º Simpósio de Gestão em Saúde e Home Care, disponível no site www.hospitalar.com.

Gasto médio por atendimento ambulatorial básico do SUS**Gráfico 2 – Redução do preço médio por consulta.**

(Fonte: *Datasus*).

(Elaborado pelo autor)

Alguns hospitais, na tentativa de equilibrar o prejuízo causado pelo atendimento a pacientes do SUS, expandem suas operações entre os pacientes privados. Um bom exemplo é a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, onde 70% dos pacientes internados são atendidos pelo SUS e os outros 30% são conveniados com alguma instituição privada. Os 30% de indivíduos que geram receita ao estabelecimento de saúde conseguem garantir uma margem que permite à instituição subsidiar os outros 70%, e ainda manter um padrão de qualidade razoável.

Muitos hospitais têm apelado para esse tipo de compensação. Se não fossem os recursos injetados pelos atendimentos privados, os hospitais dificilmente conseguiriam investir em tecnologia e qualidade de serviços.

Para atender aos anseios de toda uma população sob condições adversas como as do sistema de saúde brasileiro, porém, práticas como essas não bastam. Há, na verdade, duas alternativas: aumentar a capacidade disponível ou aumentar a produtividade do sistema existente. A primeira é dificultada pela contenção de custos existente no setor; dessa

forma, sobra para a maximização dos recursos existentes e o aumento da produtividade a responsabilidade de oferecer saídas para que se evite a degradação dos serviços de saúde.¹⁴

O Trabalho de Formatura vai se inserir nesse contexto, participando dos esforços de um grande hospital público para se tornar mais enxuto e eficiente, através da elaboração de um sistema de indicadores que lhe permita acompanhar mais de perto a sua própria "saúde", a fim de conseguir atingir com o máximo de êxito possível a realização das funções que lhes são propostas.

1.3 Ambiente legal das funções hospitalares no Brasil

O Brasil apresenta cerca de 65% de seus hospitais com menos de 70 leitos. No universo dos hospitais brasileiros existem grandes centros médicos públicos ou privados, comparáveis aos mais avançados de qualquer outro continente. Uma quantidade razoável destes nosocômios necessita de um processo de assessoria continuada para garantir uma qualidade permanente. Frente a esse cenário, o Ministério da Saúde desenvolveu um instrumento para a acreditação¹⁵ hospitalar, consolidado no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

¹⁴ Adaptado de *Prestadores de serviços de saúde ainda não conhecem as demandas dos usuários brasileiros*, eHealth Latin America, 14 de Abril de 2001.

¹⁵ A Acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, com base em duas variáveis: (1) Avaliação dos padrões de referência desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados; (2) Os indicadores, isto é, os instrumentos que o avaliador/visitador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

Esse manual avalia e verifica todos os serviços de um hospital geral. Para tratamento de casos agudos e para todos os serviços hospitalares foram definidos padrões, ou seja, níveis de atenção, práticas ou métodos esperados. Em cada uma das subseções avaliadas foram estabelecidos três níveis, sendo que o primeiro nível (Nível I) corresponde à referência básica para os serviços, isto é, o limite essencial de qualidade com o qual deve funcionar um serviço hospitalar. O Ministério da Saúde, responsável pela determinação de políticas globais de saúde, poderá, por exemplo, estabelecer como meta que, dentro de um determinado período de tempo, nenhum hospital do país se situe abaixo do Nível I.¹⁶

O Processo de Acreditação propõe a participação voluntária das instituições envolvidas com a saúde – por enquanto, deve partir delas a iniciativa de serem acreditadas. Tal iniciativa deverá seguir critérios básicos comuns, para que no futuro os usuários possam ter a confiança de que receberão tratamentos semelhantes quando internados em hospitais acreditados, independente do local em que sejam atendidos.

O tipo das atividades realizadas pelo hospital não é levado em conta pelos critérios do Processo de Acreditação; isso se justifica na medida em que os requisitos demandados por ele são considerados os mínimos necessários para que qualquer hospital apresente uma base de sustentação sem a qual nenhuma atividade poderá ser realizada. Além disso, crê-se também que a adoção dessa base de sustentação não exerce nenhuma ação restritiva sobre o foco que o hospital venha a adotar: nenhum hospital deve ser isento de cumprir os critérios, uma vez que nenhum deles inviabiliza quaisquer outras funções adicionais que o hospital venha a assumir.¹⁷

¹⁶ *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. Coordenação de Humberto de Moraes Novaes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

¹⁷ Observação feita por uma das colaboradoras do manual, a Dra. Pubenza Lopes Castellanos.

O desenvolvimento de um programa de Acreditação está vinculado à racionalização dos serviços por intermédio de um mecanismo baseado na avaliação da qualidade da assistência médico-hospitalar. Este processo de racionalização concorre para a revisão da capacidade instalada assistencial, para a substituição de infra-estrutura precária ou para a adaptação de edifícios construídos com outras finalidades. Deste modo, surge a necessidade de estabelecer uma base de qualidade e segurança assistencial, abaixo da qual a provisão de serviços deva ser desencorajada. A disparidade dos níveis de qualidade existentes é também facilitada por uma grande variedade de legislação de licenciamento (habilitação e alvará) que, em alguns casos, é atualizada e, em outros, é obsoleta ou se aplica inadequadamente.

Por fim, há a previsão de que essa ferramenta, quando estiver em um estágio avançado de implantação, sirva de referência para qualificar os hospitais perante à elegibilidade de receber os recursos do SUS. Assim, adequar-se aos padrões estabelecidos pode se tornar uma necessidade imprescindível para os hospitais que pretendam ser financiados pelo sistema nacional de saúde.

2 Apresentação do trabalho

2.1 Objetivos

O objetivo desse trabalho é desenvolver um sistema de indicadores de performance para o ambulatório de um hospital público de ensino em preparação para o Processo de Acreditação.

2.2 Escolha do tema e relevância para o hospital

Como apresentamos no Capítulo I, as exigências que se abatem sobre o sistema de saúde público hoje em dia tornam imperativo que seus indivíduos consigam desenvolver suas operações com o máximo de eficiência e eficácia para não agonizar ao tentar atender as muitas expectativas com os poucos recursos disponíveis.

Adequar-se a esse contexto, entretanto, exige dos administradores hospitalares competência para controlar as variáveis críticas do negócio que influenciarão no grau de sucesso em se obter os objetivos propostos. Para tanto, a escolha de objetivos claros, bem como a identificação das atividades críticas para sua obtenção e a existência de ferramentas que permitam acompanhar de perto essas atividades, são todas condições imprescindíveis para o bom desempenho da organização.

Um processo de desenvolvimento de um sistema de indicadores de performance acaba proporcionando a maioria desses elementos, na medida em que:

- Ajuda a entender as relações de causa e efeito dentro da empresa, fundamentais para se antever as conseqüências que as decisões administrativas terão nos resultados finais;

- Ajuda as distinguir os pontos prioritários, que merecem intervenção, dos pontos menos relevantes, que podem ser deixados em um segundo plano, permitindo uma alocação mais eficiente de recursos;
- Permite avaliar e monitorar os fatores eleitos para serem acompanhados;
- Ajuda o administrador a entender o que deve ser ajustado para afetar resultados que, por sua vez, precisem ser melhorados.

Segundo a norma ISO / FDIS 9001:2000, por exemplo, o monitoramento e a medição de processos (para demonstrar sua capacidade em atingir os resultados desejados) e de produtos (para verificar sua conformidade com os requisitos ao qual são submetidos) são procedimentos fundamentais para garantir a uma organização condições apropriadas de avaliar e agir sobre seu sistema.¹⁸

O seguinte trecho resume muita bem a importância do tema: "*A maioria dos administradores jamais pensariam em entrar em um avião no qual estivesse faltando a maioria dos instrumentos. Todavia esses mesmos administradores não têm nas suas empresas medidas confiáveis de performance. Sem indicadores de performance, entretanto, eles não podem entender como as operações de negócio funcionam, quais são os problemas nesse processo e se suas tentativas de melhoria de performance funcionaram como planejado. É por isso que ter bons indicadores de performance é o primeiro passo que a companhia deve tomar no caminho de melhoria da qualidade e produtividade*".¹⁹

A escolha do ambulatório como objeto de estudo tem um caráter exclusivamente prático: embora todos os setores do hospital necessitem igualmente de competências e capacidades de gestão, alguns deles são

¹⁸ Tradução livre do draft final internacional da versão 2000 da ISO9001, emitido em setembro de 2000.

¹⁹ KAYDOS (1999) apud. FUSARO, JOSÉ. *Rede de Indicadores de Performance para uma Indústria de Lapidação e Planificação*, Trabalho de Formatura, São Paulo, 2000.

grandes e complexos demais para serem incluídos em um trabalho de formatura – como o setor de emergência - enquanto outros constituem um sistema simples demais para servir como objeto apropriado de estudo – como a lavanderia do hospital, por exemplo. O ambulatório tem a escala e a complexidade de serviços ideal para servir de substrato de estudo para o Trabalho de Formatura.

2.3 Metodologia

A metodologia para se desenvolver o sistema de indicadores consiste da seguinte sequência:

1. Identificar a estratégia competitiva da organização;
2. Identificar os critérios competitivos críticos para essa estratégia;
3. Desenvolver indicadores para esses critérios;
4. Estabelecer as responsabilidades pelo desempenho de cada um dos indicadores.

Os passos 1 e 3 garantem que os indicadores estão alinhados com a estratégia da empresa. Partindo do pressuposto que a estratégia adotada é uma estratégia vencedora, os indicadores apontarão o quão próximo a organização está de apresentar as características necessárias para obter o sucesso desejado.

O passo 4 atribui a responsabilidade pelo desempenho dos indicadores de maneira a deixar explícito de quem se espera esforços para atingir as metas fixadas.

2.4 Direcionamento teórico de medida de performance usado

O conceito clássico de produtividade advém de um contexto em que predominava o movimento de administração científica nas empresas, no início do século XX. Baseado quase que exclusivamente em variáveis de custo, fornecia instrumentos para promover a eficiência das indústrias de produção em massa, particularmente naquelas que produziam relativamente poucos produtos, todos padronizados, com um uso intensivo de mão-de-obra.²⁰

Uma explicação informal dessa produtividade, refletida pela medida de performance, é a relação entre "resultado" e "esforço dispendido". A relação será tanto melhor quanto maior o resultado e quanto menor o esforço dispendido na obtenção daquele. Em outras palavras, busca-se melhorar a produtividade através de um melhor resultado associado a uma alocação racional de recursos que permitam obtê-lo. O resultado está ligado aos clientes (internos ou externos à empresa).²¹ Segundo essa visão, para que a produtividade seja avaliada é necessário identificar todos os insumos e processos, entendendo sua contribuição relativa aos resultados.²²

O papel tradicional dos sistemas de medição de performance ainda observado na maioria das companhias é o de oferecer "boas informações" para que os gerentes tomem "boas decisões". O marketing, por exemplo, acompanha a evolução do market-share, a área de operações monitora o inventário, a financeira mede custos, e assim por diante.

Na última década, porém, observaram-se diversos movimentos, por parte de profissionais e pesquisadores, que pregavam uma expansão da

²⁰ KAPLAN ROBERT. *Yesterday's Accounting Undermines Production*, Harvard Business

²¹ Site da Fundação Vanzolini, em <http://www.vanzolini.org.br>

²² LONG M. I.W. *Were hospitals selective in their product and productivity changes?* Health Serv. Res., v.24, p.615-641, 1989.

utilização de ferramentas de medição de performance para muito além do quociente saída/entrada de recursos.

Segundo as teorias atuais o projeto de qualquer sistema de medição de performance deve refletir, além do aproveitamento de recursos, as estratégias de cada organização e o encadeamento de funções, responsabilidades e sub-processos dos quais ela dependa.

Medidas de resultado mostram para uma organização onde ela se localiza em meio aos esforços de atingir seus objetivos, mas não como ela chegou ali ou, até mais importante, o que ela deve fazer de diferente para alterar seus rumos. A maioria desses indicadores mostra o que está acontecendo dentro de cada função das empresas, mas não como cada uma das várias funções que compõem uma organização estão se relacionando.

Muitos administradores, porém, parecem ainda não reconhecer que medidas de resultado como lucro, market-share e custo, que podem ajudá-los a manter algum nível aceitável de performance em seus negócios, não são suficientes para mostrar quais são as atividades ou capacidades que tornam possível a realização dos objetivos que almejam.

Em contraste, *medidas de processo* monitoram as tarefas e atividades através das quais uma organização produz o resultado almejado. Medidas como essa são essenciais para acompanhar a cadeia completa de valor de um produto ou serviço, na medida em que examinam as ações e capacidades que contribuem em todas as etapas da obtenção dos resultados desejados.

Tanto indicadores de resultado quanto de processo, então, devem ser primordialmente uma ferramenta de intervenção gerencial, que mostre para

a empresa qual ação corretiva deve ser tomada para solucionar os problemas que a estejam desviando dos resultados objetivados.²³

Mais especificamente no ramo de serviços, avaliar o desempenho do serviço prestado se torna quão mais importante quanto a empresa estiver preocupada em atender as necessidades e expectativas dos clientes com quem escolheu trabalhar. Para ser bem sucedida nessa proposta, há a necessidade de uma busca constante de eficiência e eficácia que só poderá ser realizada quando suas atividades forem apropriadamente medidas.²⁴

DENTON (1995) vai mais além na preocupação com as medidas de desempenho. Ele afirma: *"Todos sabem que é importante medir a performance. Sem uma medição, melhorias não são possíveis. Você pode planejar o que fazer e pode se organizar para tal, mas melhorias contínuas não podem ser obtidas a menos que haja condições de obter feed-back a respeito da performance alcançada"*.²⁵

Esse trabalho de formatura buscará, portanto, aplicar não só os conceitos tradicionais de produtividade (que têm a finalidade básica de verificar o aproveitamento racional de recursos de uma empresa), mas também as abordagens que na última década foram agregadas a eles. Assim, tentaremos criar para o hospital um sistema de medição de performance que busque, além avaliar o sucesso dos resultados obtidos,

²³ MEYER C. *How the right measures help teams excel*, Harvard Business Review, maio-junho/1994, p.100.

²⁴ BROWN S. A. *Total Quality Services: how organizations use it to create a competitive advantage*, Prentice Hall, Ontario, 1992.

²⁵ DENTON, D. K. *Production and Inventory Management Journal: Effective Measurement involves asking the right questions*, 1995.

fornecer para suas administradoras evidências das causas e influências que implicaram na performance observada.

3 Descrição do Hospital

3.1 Atividades principais

O Hospital Universitário (HU) é um Órgão Complementar da Universidade de São Paulo e tem seus objetivos consolidados por lei na assistência médica, no ensino e na pesquisa, constituindo-se ainda como campo de ensino dos programas de graduação das Unidades da USP, representadas em seu Conselho Deliberativo.

Por **assistência**, cabe ao HU:

1. Atender aos usuários do Sistema de Saúde da Universidade de São Paulo - SISUSP, isto é, atender aos servidores, docentes, seus dependentes e discentes da Universidade;
2. Prestar serviços à Comunidade do Butantã, em nível de atenção médica secundária (excluído trauma, que é atendido) através de convênio de prestação de serviços ao SUS (Sistema Único de Saúde).

O hospital busca, na sua definição, oferecer serviços de suporte para a prática de medicina, o que implica na tomada de uma série de decisões que se encadeiam com o objetivo de gerar benefícios para o paciente: desde o momento da consulta inicial, do raciocínio clínico, da solicitação e obtenção de exames complementares até a instituição dos tratamentos e de sua recuperação, busca-se dar ao paciente um melhor estado de saúde que o que ele possuía antes de entrar no hospital.²⁶

O HU se caracteriza como um hospital que atende a casos de complexidade média, ou seja, é um hospital destinado a prestar assistência

²⁶Conceito de hospital segundo o Relatório Anual da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, 1995.

a clientes nas especialidades médicas básicas. Sua atuação inclui serviços clínicos e cirúrgicos, apoio diagnóstico e tratamento, serviços de pronto atendimento emergencial, cuidados de terapia intensiva (adulta e pediátrica), atendimento pediátrico, oncologia, maternidade, doenças infecto-contagiosas e ambulatório.

Uma outra característica relevante do hospital vem da sua orientação ideológica: há basicamente duas vertentes na medicina atual, que têm visões diferentes a respeito da sua função na sociedade que atende. O HU segue primordialmente a vertente *curativa* da medicina, que foca basicamente a doença em si. É, portanto, adepto de grande intervencionismo, seja com remédios ou procedimentos cirúrgicos. (A outra vertente, conhecida como *preventiva*, prega uma abordagem mais holística da medicina, enfocando o grupo, a sociedade como um todo; é uma abordagem em que o hospital ainda não investiu muito).

A evolução da quantidade das atividades médico-hospitalares do HU nos últimos dois anos pode ser conferida a partir do gráfico a seguir, em que os atendimentos estão separados em categorias de Emergência, Ambulatório e Internação:

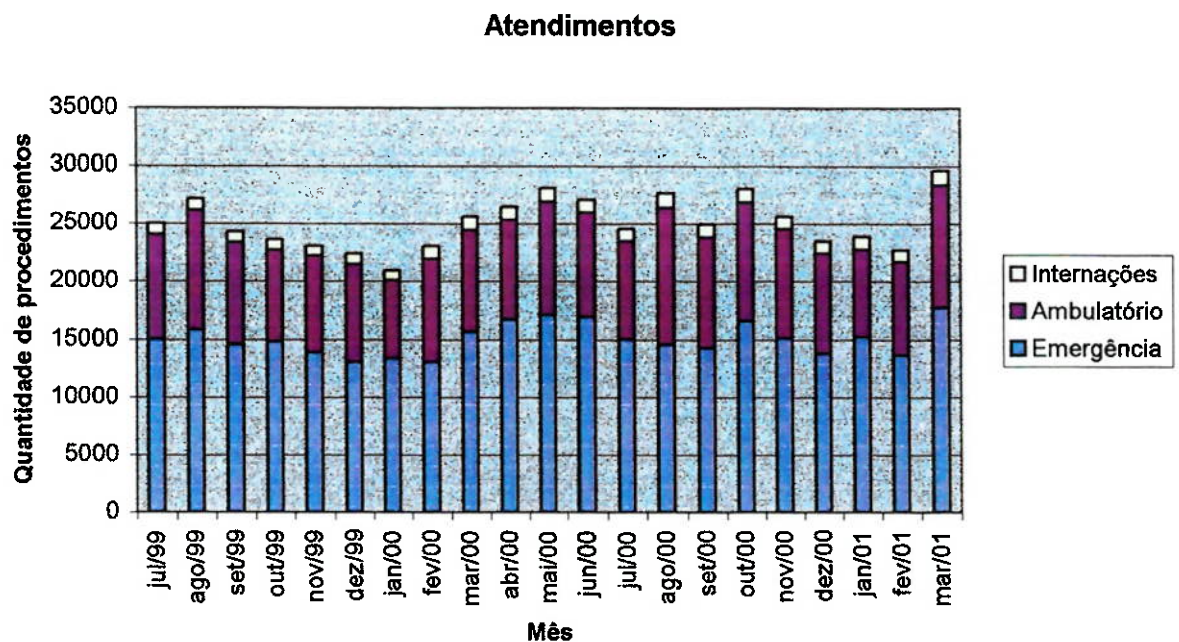


Gráfico 3. Evolução de atendimentos.

(Fonte: *Administração do Hospital Universitário*).

(Elaborado pelo autor).

Recentemente, segundo nos foi informado, veio se buscando uma maior intensificação do convênio com o SUS (resultado de uma decisão para que o hospital se abra mais ao público externo). A intensificação do relacionamento com o SUS vem, por consequência, acentuando a posição de um hospital de complexidade média geral - que atende uma gama bastante grande de casos que, ao mesmo tempo, não apresentam uma complexidade elevada.

Além da sua função assistencial, o HU é também um hospital voltado ao **ensino** de graduação das Unidades que compõem seu Conselho Deliberativo (Faculdade de Medicina, Escola de Enfermagem, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Saúde Pública e Instituto de Psicologia).

Ao lado da graduação, seu objetivo principal, o HU tem presença nos campos da Pós-Graduação sensu lato - especialização, atualização, extensão e estágios programados que não interfiram com as atividades de

graduação. Busca, dessa forma, fomentar **pesquisas**, propondo-se a ter participação na capacitação científica do corpo docente da USP.²⁷

O hospital possui um corpo de aproximadamente 1750 funcionários, que se distribuem por uma capacidade instalada de:

Área de 36.000 m2	Triagem 05 consultórios
Centro Cirúrgico 10 salas	Observação Adultos 11 leitos
Centro Obstétrico 04 salas	Observação Pediatria 12 leitos
UTI Adultos 14 leitos	Observação Obstetrícia 02 leitos
UTI Neonatológica 05 leitos	Reanimação Cardio-Respiratória 01 sala
UTI Pediátrica 10 leitos	Anfiteatros 05
Recuperação Pós-Anestésica 07 leitos	Salas de Aula 09
Pronto Atendimento 13 consultórios	Atendimento Ambulatorial 47 consultórios

Tabela 1 – Instalações físicas do HU.

(Fonte: www.hu.usp.br)

(Elaborado pelo autor)

3.2 Missão e objetivos

"O Hospital Universitário tem, na assistência à saúde, a vertente fundamental que possibilita desenvolver as principais finalidades da Universidade: o ensino e a pesquisa".²⁸

²⁷ Adaptado do Regimento Interno do Hospital Universitário

²⁸ Seção "Quem somos", do site do HU, em <http://www.hu.usp.br>

Essa é a visão institucional do Hospital Universitário. Um pouco contidos nela, podemos ver os três objetivos principais que o hospital se propõe a atingir:

- Oferecer assistência médica de alta qualidade para casos de nível secundário dos pacientes das comunidades USP e SUS, tornando-se um centro de referência nacional na sua modalidade;
- Servir de campo de trabalho para os alunos da USP, oferecendo-lhes condições de aprendizado e desenvolvimento profissional que proporcionem uma formação exemplar dentre os médicos do país;
- Ser um centro de pesquisa médica, atendendo da melhor forma possível os projetos e ambições que as faculdades da USP tiverem o intuito de perseguir no âmbito científico.²⁹

3.3 Estrutura organizacional

O Conselho Deliberativo do Hospital Universitário ocupa o nível mais alto no processo decisório para o hospital, e é responsável por decisões de caráter clínico, administrativo e acadêmico. Esse Conselho, entretanto, não exerce sua autoridade sobre o hospital de forma totalmente autônoma: a reitoria da Universidade de São Paulo exerce também influência sobre os rumos do hospital por meio da Superintendência.

Esses dois personagens – Conselho e Superintendência – agem na esfera estratégica do hospital. A gestão do hospital propriamente dita cabe à Administradora do Hospital (Assessoria Técnico-Administrativa), que operacionaliza as decisões estratégicas tomadas pelo Conselho e pela Superintendência, realizando o controle tático e operacional das atividades do hospital.

Simplificadamente, observa-se o seguinte organograma de funções:

²⁹ Seção “Quem somos”, do site do HU, em <http://www.hu.usp.br>

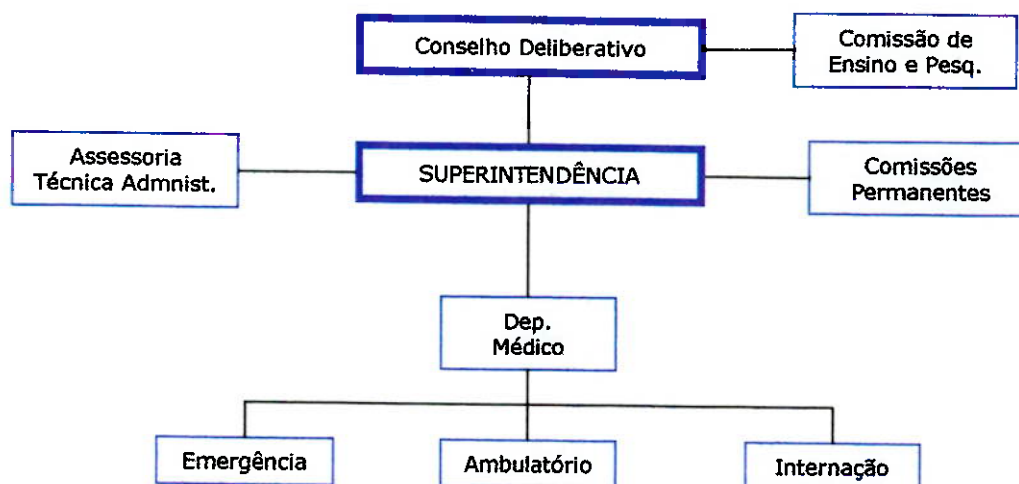


Figura 1 – Organograma simplificado do Hospital Universitário

(Elaborado pelo autor).

As Comissões (Permanente e de Ensino) são compostas por professores da USP que têm um papel bastante informal na orientação estratégica do hospital: mais experientes, são uma referência para a instituição.

Além do Departamento Médico, subdividido em Emergência, Ambulatório e Internação, há setores de manutenção, lavanderia, o setor de enfermagem (que também se ramifica entre as três modalidades de atendimento) e o setor administrativo (compras, finanças, etc.)

4 Descrição do Serviço Estudado

4.1 O Ambulatório

A atividade ambulatorial se caracteriza pela prestação de atendimento eletivo e de assistência a pacientes externos, programado e continuado.³⁰ Em outras palavras, um ambulatório se encarrega de oferecer tratamento a pacientes que não precisam de atenção médica constante, mas que ainda assim necessitam ter um acompanhamento planejado e marcado ao longo do tempo.

No HU, especificamente, o ambulatório realiza as seguintes atividades:

- Consultas médicas nas áreas de: clínica geral, cardiologia, dermatologia, neurologia, psiquiatria, pediatria, obstetrícia e ginecologia;
- Cirurgias para especialidades de: oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, vascular, plástica e geral;
- Realização de alguns grupos de acompanhamento coletivo, sendo que no momento os dois ativos são de diabetes e hipertensão;
- Curativos e micro-procedimentos cirúrgicos relacionados ao pós-operatório dos pacientes ambulatoriais cirúrgicos.

Por fazer parte do Hospital Universitário, esse ambulatório apresenta três dimensões que estão em sintonia com a trinca de objetivos estabelecidos na missão do hospital (assistência, ensino e pesquisa). A seguir, vamos descrever com mais detalhes como cada uma dessas dimensões permeia a sua estrutura.

³⁰ Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, op. cit., p. 32.

4.2 Dimensão assistencial

4.2.1 Descrição dos serviços

O sistema de saúde é composto por dois meios: um interno e um externo. O interno corresponde aos recursos humanos, instalações, equipamentos, materiais de consumo e medicamentos. O externo, por sua vez, compõe-se de variáveis como demanda, demografia, geografia, legislação, política, etc., todas podendo interferir favoravelmente ou não no serviço prestado.³¹

Esse serviço pode ser definido como uma interação instrumental, já que é dirigido a um ou diversos objetivos: o serviço fornecido é o valor obtido pelo cliente. É considerado interativo porque é composto por atividades desenvolvidas respectivamente pelo cliente e pelo fornecedor.³² As atividades envolvidas nesse contato são caracterizadas principalmente por sua intangibilidade e, por isso, sua avaliação se torna muito difícil, graças a fatores como:

- Resultado intangível do serviço;
- Resultado variável e não personalizado;
- Alto contato com o consumidor durante o processo;
- Alto grau de julgamento pessoal do servidor;
- Produção e consumo simultâneos;
- Dificuldade de medição e desempenho de eficácia.³³

Segundo TEBOUL (1991), essas dificuldades se aprofundam na medida em que o grau de contato do cliente com o processo aumenta, fazendo com que o serviço implícito se torne gradativamente mais

³¹ BITTAR OLÍMPIO, op.cit., p.3.

³² KINGMAN-BRUNDAGE, J. *International Journal of Service Industry Management*, vol.2, no.3, 1991, p.47-59.

³³ GIANESI, I.G.N.; CORRÊA H.L. *Administração Estratégica de Serviços*. São Paulo, Ed. Atlas, 1994.

importante do que os produtos envolvidos na transação (chamados de bens facilitadores, que são os bens e evidências físicas que acompanham a prestação de um serviço, como a comida de um restaurante ou a receita médica de um tratamento).³⁴

O sistema de operações de serviços assistenciais do ambulatório pode ser decomposto em algumas dimensões básicas que auxiliem a sua compreensão:³⁵

- O grau de contato com o paciente: Os serviços hospitalares prestados pelo ambulatório possuem diferentes níveis de contato com o cliente: vão desde intervenções cirúrgicas – que representam intervenções de alto impacto no organismo das pessoas – até o monitoramento de problemas crônicos como hipertensão, realizado por meio de consultas de formato constante e repetitivo. Na média, entretanto, o grau de contato com os pacientes é maior e mais delicado do que em outras categorias de serviços (transportes, corte de cabelo, etc.)

- O grau de participação do cliente no processo: serviços hospitalares têm a característica de, apesar de exigirem um alto grau de contato com seus clientes, permitir-lhes um baixo grau de participação. Essa contradição é justificada pela natureza dos procedimentos, onde o profissional prestador do serviço – o médico – é responsável por avaliar a situação e orientar a ação.

- A ênfase dada a pessoas durante o processo: os serviços prestados ao paciente por uma unidade hospitalar são focados diretamente na pessoa atendida, isto é, no paciente, o que torna os processos mais difíceis de controlar, já que tratam de organismos vivos sujeitos a variabilidades e incertezas praticamente ilimitadas.

³⁴ TEBOUL, JAMES. *Managing Quality Dynamics*. Wiltshire, London, Prentice Hall, 1991.

³⁵ GIANESI; CORRÊA, op. cit., p.79.

▪ O grau de personalização do serviço: cada paciente possui necessidades específicas para seu organismo. Não é raro, portanto, observar dois pacientes que apresentam o mesmo problema terem que receber tratamentos distintos que se adaptem, por exemplo, às respostas colaterais dos organismos de cada um.

▪ O grau de julgamento dos funcionários: cada médico responsável por um paciente tem autonomia para buscar atender às necessidades médicas deste paciente, podendo utilizar quaisquer recursos que o hospital possa oferecer. Isso, como veremos adiante, é um problema sério, já que os limites de atuação desses profissionais são tão poucos que preservam muito precariamente princípios de produção em massa ou de padronização;

▪ O grau de tangibilidade do serviço: nos serviços ambulatoriais em si, a prestação dos mesmos se aproxima muito mais do seu processo do que com seu produto. Os tangíveis oferecidos são mínimos. Há remédios, salas de cirurgia, consultórios com camas, etc., mas a grande contribuição que um paciente recebe ao ir para o ambulatório é pouco palpável e quantificável, já que não reside em objetos que leva para casa ou que consome durante sua visita, mas sim nas recomendações, no conhecimento que o médico divide com o paciente para auxiliá-lo na sua cura.

Para finalizar a caracterização do ambulatório, pode-se citar quatro componentes intrínsecos fundamentais para o pacote de serviços:³⁶

▪ Instalações de apoio: composta por toda a estrutura física e equipamentos do ambulatório, necessários para a realização dos atendimentos;

▪ Bens facilitadores: são os materiais utilizados durante o processo de realização dos serviços ambulatoriais (ex.: gaze, remédios, seringas, etc.)

³⁶ Adaptado de GIANESI; CORRÊA (1994)

- Serviços explícitos: representam os benefícios que são prontamente recebidos pelos sentidos e que possuem características essenciais para os serviços prestados (ex.: tratamento, atendimento, etc.)

- Serviços implícitos: representam os benefícios psicológicos ou características secundárias dos serviços prestados (ex.: o ambiente da ala de atendimento, salas de espera com televisão, etc.)

No pacote de serviços do ambulatório, os serviços explícitos representam a principal razão de ser da prestação de serviços. Através deles, o paciente percebe sensorialmente os resultados obtidos ao, por exemplo, cessar o desconforto físico que sentia. Para que, porém, os serviços explícitos dêem resultados satisfatórios, é necessário que todos os quatro componentes do pacote de serviços estejam em quantidade e qualidade adequadas, interagindo um com o outro em harmonia.

4.2.2 Descrição do sistema de prestação de serviços

SHOSTACK (1984) entende que um sistema de prestação de serviços pode ser demonstrado com o uso de um diagrama visual que chama de *blueprint*, que é um mapofluxograma de todas as transações integrantes do processo de prestação de um serviço. Algumas dessas atividades constituem-se de processamento de informações, outras são interações com o cliente e um terceiro grupo é formado por pontos de decisão.³⁷

Cada especialidade do ambulatório tem um fluxo muito específico com relação aos procedimentos e recursos que utiliza; o caráter extremamente complexo das atividades hospitalares faz com que a descrição minuciosa de todas as possibilidades seja praticamente impossível de se realizar.

³⁷ Adaptado de SHOSTACK G. L., *Designing Services that Deliver*, Harvard Business Review, janeiro-fevereiro/1984, pp.133-139.

Há, entretanto, uma estrutura comum a todo o hospital, responsável por levar o paciente até a presença do médico. Essa estrutura, sem a qual nenhuma especialidade consegue exercer suas funções, está descrita a seguir:

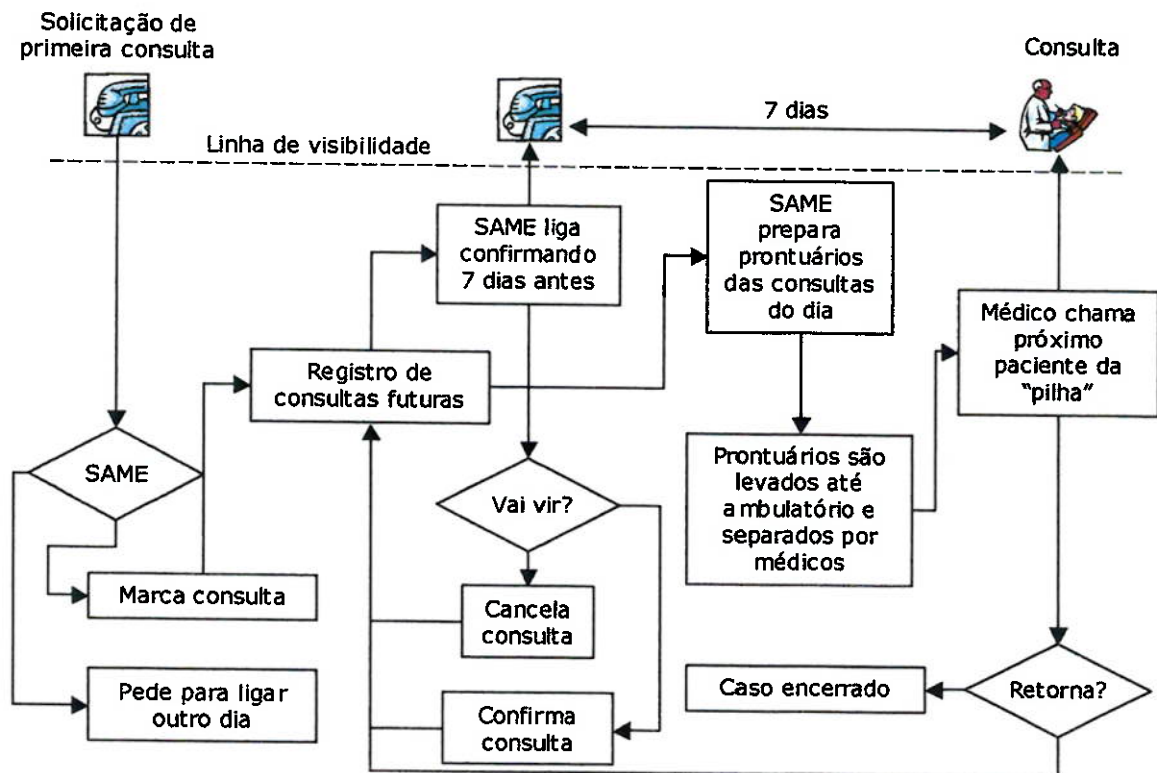


Figura 2 - Fluxograma da estrutura de realização de consultas.

(Adaptado de SHOSTACK G. L., *Service Positioning through Structural Change*, Journal of marketing, vol. 51, Janeiro/1987, p.36)

O SAME (Serviço de Assistência Médica e Estatística) é quem realiza os agendamentos e cuida de toda a escala de médicos. Funciona como um serviço de apoio ao ambulatório e tem a função de administrar a alocação de médicos e pacientes visando impor o máximo de rotatividade ao sistema. Além do SAME, há uma série de outros fornecedores internos de serviço para os médicos e enfermeiras do ambulatório. São eles:

- Empresa de limpeza;
- Laboratório clínico;

- Empresa de segurança;³⁸
- Departamento de compras;
- Setor de esterilização;
- Lavanderia;
- Laboratório de manipulação farmacêutica.

4.2.3 Avaliação do nível atual de serviços

No primeiro semestre de 2001, foi realizada uma pesquisa de satisfação com os pacientes que freqüentam o hospital, coordenada pelo Prof. José Antônio Mazzon, da FEA-USP. Três setores foram pesquisados separadamente: Atendimento de Emergência, Internação e Consulta Ambulatorial. A extensa pesquisa buscou tocar em todas as ações de assistência vivenciadas pelo paciente que fossem de fácil percepção.³⁹

De todo o universo de resultados, alguns merecem ser comentados pela relevância que têm ao nos ajudar compreender melhor o atual estágio de serviços prestado pelo ambulatório:

- 57% das pessoas afirmaram ter ficado insatisfeitas com o tempo de espera para ser consultadas (apesar do horário ser marcado, as pessoas não conseguiram ser atendidas na hora certa);
- 50% dos pacientes conseguiram marcar suas consultas no prazo de até 30 dias, enquanto que 39% tiveram que esperar mais de um mês e 11% estavam fazendo o retorno.⁴⁰

³⁸ Muitos médicos reclamam da agressividade e da falta de idoneidade – observada em furtos – de alguns pacientes, havendo por isso uma necessidade de serem protegidos.

³⁹ Foi feito um sorteio aleatório de amostra com 500 atendimentos e duas substituições, contemplando os critérios de segmentação: Atendimento de Emergência, Consulta Ambulatorial e Internação, distribuídos entre pacientes da comunidade USP e do SUS. Entrevistadores contratados entraram em contato com os pacientes após os atendimentos, por telefone.

⁴⁰ Acompanhamento médico de curta duração, que não toma o tempo de uma consulta inteira.

- 47% apontaram ter total confiança nos trabalhos do ambulatório do HU, 29% disseram sentir "bastante confiança" e 24% disseram sentir uma confiança moderada em seus serviços.
- O índice de satisfação geral obtido pelo ambulatório foi da ordem de 75%, contra 25% dos não satisfeitos com o serviço.

Algumas observações livres também foram colhidas:

- Houve demoras para se obter consultas que chegaram até a 120 dias;
- Houve fila, tumulto e demora no balcão de atendimento;
- Não havia médicos ou enfermeiros no ambulatório (faltaram);
- Alguns estagiários demonstraram inexperiência e insegurança;
- Alguns equipamentos pareceram estar precisando de manutenção;
- O horário de visita é restrito e deveria ser ampliado;
- Houve falta de remédio.

Os dados indicam alguns problemas graves – como a demora para se obter consulta, por exemplo – mas em geral o ambulatório é bem avaliado pelos pacientes que o utilizam.

Na avaliação dos administradores do hospital, no entanto, esse bom desempenho nas pesquisas deve ser analisado com bastante cuidado: acreditar que o HU está cumprindo com o seu papel apenas porque seus pacientes não estão insatisfeitos com o serviço que recebem pode nivelar por baixo as atividades do hospital; segundo seu raciocínio, a satisfação do paciente é **um** dos indicadores de que o hospital está se saindo bem, mas não garante que suas operações estejam funcionando dentro dos padrões que uma instituição como a USP deveria oferecer.

O Hospital Universitário, ainda segundo a visão de sua direção, tem um dever perante toda a sociedade e não apenas a comunidade que atende: a pergunta que deve ser feita não é apenas se ele está satisfazendo seus pacientes, mas se ele está oferecendo para eles serviços que

aproximem o hospital de outros de primeira linha do Brasil e do resto do mundo.

O grande motivo para que a percepção de qualidade do paciente brasileiro não sirva como boa referência de sucesso, segundo as administradoras, reside no contexto em que ela se realiza: um hospital que se destaque entre um grupo de hospitais deficientes e mal geridos (como a maioria dos hospitais públicos do país) não é necessariamente um hospital que está bem. Ele apenas não está tão mal quanto os outros. Considerando-se isso, o HU não pretende se limitar a ser bem avaliado às custas de não possuir concorrentes à altura (os outros hospitais públicos da região, conhecidamente problemáticos), mas por ser um hospital de destaque entre todos os bons hospitais do país, o que a percepção do público que o frequenta, sozinha, talvez não consiga captar.

4.3 Dimensão didática

O ambulatório do HU – como todo o hospital – satisfaz às necessidades de desenvolvimento dos alunos da USP ao permitir-lhes uma vivência prática com as patologias e disfunções que precisam ser estudadas. No caso específico do ambulatório, a necessidade de empregar uma mão-de-obra mais madura⁴¹ faz com que sejam utilizados apenas alunos residentes, ao passo que em outras áreas do hospital há uma grande presença de alunos de início de graduação.⁴² Há a presença de residentes nas áreas de odontologia, enfermagem, ortopedia, pediatria, clínica médica e ginecologia. Sua avaliação compete às faculdades de onde vêm, sendo o hospital estritamente o suporte para suas atividades.

⁴¹ Para evitar reclamações de pacientes que querem ser atendidos por especialistas, já que não estão em uma situação de emergência e, portanto, têm tempo para formar demandas mais claras e exigentes, segundo experiências relatadas por alguns médicos.

⁴² Alunos residentes são sexto-aniistas que já estão na etapa de pós-graduação da sua formação, em que possuem mais experiência e autonomia de decisão, que se traduzem em segurança na hora de lidar com o paciente segundo relatado no hospital.

Se por um lado a avaliação de cada aluno é formal, contendo informações sobre suas atividades e experiências desenvolvidas durante seus trabalhos, por outro a avaliação da função didática do hospital como um todo, no seu papel de provedor de espaço de aprendizado, é pouco estruturada. Baseia-se basicamente em *feedbacks* informais dos próprios alunos e dos professores que os supervisionam.

Em nossas conversas com alguns dos médicos e com os próprios alunos, pudemos perceber que as avaliações, mesmo sendo subjetivas, levam em conta alguns critérios recorrentes. São eles:

- Acesso aos pacientes: a possibilidade que é dada ao aluno de manter um contato intenso com as pessoas que vão ao hospital;
- Quantidade de procedimentos realizados;
- Condições de apoio: salas de aula, horários flexíveis, presença de médicos experientes para aconselhamento, etc.;
- Diversidade de patologias que testemunham.

A avaliação que os residentes fazem do ambulatório parece ser satisfatória, porque as experiências que lhes estão sendo proporcionadas estão atingindo as expectativas evidenciadas nos critérios citados acima. Ao comparar os resultados de seu programa de residência com o que teriam no Hospital das Clínicas, por exemplo, alguns alunos de ginecologia afirmam que "três semanas no HU correspondem a um ano inteiro no HC⁴³".

O corpo docente, por sua vez, também dá sinais de satisfação com o que o hospital está proporcionando aos alunos que coordena. Algumas áreas que foram recentemente contempladas com a possibilidade do emprego de residentes, como pediatria e clínica médica, foram relatadas como áreas que necessitam de alguns ajustes, mas a opinião generalizada é

⁴³ Hospital das Clínicas de São Paulo, considerado por muitos médicos a maior referência em medicina no país.

de que o ambulatório cumpre bem com a sua função de campo de estudo para futuros profissionais.

4.4 Dimensão de pesquisa

A iniciativa da realização de atividades científicas (estudos ou pesquisas) que compreendam ou envolvam o hospital cabe quase que exclusivamente às faculdades. Do HU espera-se oferecer condições para a realização dos estudos idealizados pelos integrantes das faculdades de saúde da USP; ser bem-sucedido, então, significa permitir que eventuais iniciativas possam ser concretizadas com o uso do hospital como fonte de material de trabalho.

No último ano houve um aumento expressivo das iniciativas científicas que usam o ambulatório como suporte: graças à criação de novas áreas de residência, o contato entre o hospital e o ambiente acadêmico foi estreitado, tornando-o uma escolha mais freqüente justamente por estar mais presente em círculos com os quais não tinha um contato muito grande no passado.

O nível de pesquisa atual, entretanto, está longe de poder ser considerado profícuo. As iniciativas do corpo acadêmico que resultam em uma participação ativa do hospital ainda são incipientes se comparadas com as de hospitais universitários de outra parte do mundo, segundo nos foi relatado por alguns médicos.

Teoricamente, o hospital também deveria tomar a iniciativa de realizar pesquisas autônomas, tendo uma postura pró-ativa. Na prática, porém, não existe uma cobrança concreta por parte do Conselho Deliberativo de que essa função seja perseguida.

5 Levantamento de necessidades do ambulatório

5.1 Definição de prioridades estratégicas

A administração do ambulatório tem uma noção clara, apesar de subjetiva, do nível desempenho das atividades de pesquisa e didáticas – por meio dos *feedbacks* de alunos e professores. O âmbito assistencial, que foi alvo de uma pesquisa de satisfação de usuário, também parece estar satisfazendo seus clientes.

Mas muitas outras questões ainda persistem: satisfazer o cliente deve ser o único objetivo do hospital? Uma boa resposta dos clientes significa que o hospital está empregando seus recursos e alinhando seus objetivos da forma que lhe é mais relevante? Que outros resultados ele pode estar negligenciando?

Há o consenso de que há muito o que se fazer para que o hospital consiga exercer com sucesso aquilo que se propõe em todas as suas três dimensões funcionais. Tanto administradores como médicos revelaram em diversas entrevistas a sensação de que a realidade do hospital é bastante diferente daquela que deveria apresentar para ter a excelência que sempre afirmou buscar.

Nesse sentido, a satisfação dos pacientes e estudantes não implica no hospital não precisar melhorar ainda mais seus serviços, já que há margem para que o aproveitamento dos recursos que lhes são destinados gere ainda mais e melhores resultados. Existe, para corroborar com essa idéia, a sensação de que o hospital é caro: a ausência de medidas de performance não permite que essa afirmação seja embasada, mas todas as pessoas que têm acesso aos dados financeiros do hospital afirmam que ele poderia produzir muito mais com os recursos de que dispõe.

Observa-se também um anseio em se exercer uma medicina de primeiro mundo, baseada em conhecimentos modernos e elaborados – presenciamos um médico querendo promover um curso de sutura cirúrgica para atendentes de prontos-socorros da região, que estão longe de poder até pensar em operar com um bisturi e que, portanto, dificilmente poderiam se beneficiar de saber "costurar" o tórax de alguém. Seria uma capacitação inadequada de se desenvolver, já que grande parte de seus pacientes têm, na verdade, problemas crônicos de saúde para os quais técnicas cirúrgicas seriam de total inutilidade. Administrar o negócio de forma a criar um balanço entre adequação à realidade que ocupa e complexidade é, portanto, um dos grandes desafios do hospital.

Até porque a postura dos profissionais do HU indica que não querem ser alheios à realidade brasileira, em que a maioria dos problemas de saúde são estruturais. Pretendem, então, achar um equilíbrio dentro de suas atividades para que consigam se adaptar tanto às demandas básicas quanto às complexas de nossa sociedade, contribuindo como um todo para a melhoria de seu estado de saúde. Como não há, entretanto, um acompanhamento preciso a respeito do perfil de serviços prestados, torna-se muito difícil direcionar as atividades do hospital; achar um ponto ótimo de operação de serviços, portanto, é uma tarefa ainda inviável, por falta de ferramentas que pelo menos indiquem onde o perfil atual está.

Uma questão que reflete bem o desejo da administração em conciliar os anseios de excelência do hospital com as atribuições das quais não pode fugir é a ambição que tem para com o desempenho do ambulatório no Processo de Acreditação. Todos parecem concordar que independentemente dos focos que possam merecer ser adotados, um hospital como o HU deve pelo menos **qualificar muito bem no Processo de Acreditação para o nível III**. Qualquer outro resultado absolutamente não se justificaria para um hospital que tem as aspirações, a identidade e a cultura que ele possui.

Portanto, antes de dedicar esforços para controlar a eficiência do ambulatório quanto a seus fins didáticos (seu maior objetivo, mas cujo

desempenho é considerado satisfatório pela administração e pelos alunos) ou sua eficiência como pólo de pesquisa, a administração considera prioritário que a **assistência médica** prestada por esse ambulatório seja foco de estudo e de atenção. O próprio fato de o hospital ter atendido às necessidades de seus pacientes não significa que não há grandes ajustes a serem feitos em suas operações, uma vez que na maioria dos casos os pacientes nem "sabem" que tipo de serviço poderiam estar recebendo caso o hospital estivesse realmente acreditado.

Se a cultura do hospital cria uma necessidade de obter uma aprovação de excelência na Acreditação, a escassez de recursos de que dispõe e as pressões para sobreviver com um orçamento apertado, por outro, força-o a produzir os resultados desejados dentro de um regime de extrema eficiência.

A escolha desses objetivos, por sinal, pode ser considerada pouco facultativa: como já dissemos anteriormente, o Processo de Acreditação está previsto para se tornar regulatório, de forma que todos os hospitais públicos terão, cedo ou tarde, que se adaptar às exigências previstas nele. O HU está buscando se adiantar a esse movimento, para se manter fiel ao compromisso de ser a referência que sempre exigiu ser, sem, entretanto, ultrapassar a quantidade de recursos de que dispõe.

O trabalho de formatura, portanto, terá a intenção de auxiliar o hospital a identificar, acompanhar e gerir os fatores críticos de sucesso que vão interferir no seu objetivo de **tornar-se um hospital modelo na avaliação do Processo de Acreditação, empregando seus recursos com o máximo de aproveitamento para sustentar a boa performance objetivada.**

5.2 Considerações sobre o foco estratégico

Na posição de catalisador das decisões, o autor se preocupou em evitar que os desejos manifestados pela direção do hospital para o ambulatório pudessem ser inconciliáveis ou impossíveis de serem todos atendidos ao mesmo tempo.

GIANESI (1994) afirma que objetivos organizacionais tendem a ser conflitantes na medida em que impõem restrições e contingências uns aos outros.⁴⁴

É impossível determinar os conflitos entre cada objetivo estratégico sem antes decompô-los em outros objetivos menores, operacionais, para aí sim determinar suas incongruências. No caso do hospital, a orientação atual para cada aspecto do seu serviço pode ser resumida como:

- Assistência: como vimos, buscar excelência na Acreditação;
- Didática: manter como está (evitar retrocesso no nível atual);
- Pesquisa: garantir a viabilidade de estudos (manter como está).

O HU ainda não é, por exemplo, um centro de pesquisa médica no país. Talvez também não proporcione uma formação exemplar para seus alunos. Apesar de ainda não estar cumprindo totalmente com os objetivos estabelecidos em sua missão⁴⁵, a postura da administração é realista ao escolher atacar um aspecto, mesmo que não seja ele aquele que esteja mais distante de ser atingido (a produção científica do hospital é indiscutivelmente o ponto em que a realidade está mais distante da proposta original do hospital).

A análise de foco, então, deveria se encarregar de saber se é possível conciliar uma melhora na assistência sem que haja prejuízos para o lado de

⁴⁴ GIANESI; CORRÊA, op. cit., p.82.

⁴⁵ Seção "Quem somos", do site do HU, em <http://www.hu.usp.br>

ensino ou que se diminua a margem para estudos e pesquisas que o hospital deve oferecer.

Após definirmos com clareza os objetivos assistenciais do ambulatório que serão contemplados nesse trabalho, analisaremos como esses se relacionam com as outras duas dimensões do hospital, que podem impor um efeito de caráter restritivo sobre a função assistencial.

Hospitais-escola, por exemplo, possuem algumas peculiaridades que os diferenciam de outros hospitais que se focam apenas na função assistencial. No decorrer de nossas visitas ao HU, algumas das diferenças mais apontadas foram:

- Requerem algumas alterações na dinâmica normal de tratamento dos pacientes para se adequar à necessidade dos alunos de acompanhar com cuidado as patologias estudadas;
- Não podem prescindir de materiais e equipamentos constantemente disponíveis – em estoque – sob pena de perder a chance de proporcionar a seus alunos a realização de procedimentos nem sempre comuns, mas cujo aprendizado é necessário;
- Necessitam de um certo *overheading*, ou seja, um número maior de médicos para orientar as ações dos alunos.

Em geral, essas peculiaridades dos hospitais-escola incorrem em dois tipos de custos específicos: *custos diretos*, que refletem os estipêndios pagos a residentes pelos serviços que oferecem e aos seus orientadores pela participação nos programas de educação realizados; e *custos indiretos*, que representam os custos mais elevados por caso observado que não podem ser alocados especificamente à presença de residentes. Comparados com outros hospitais, hospitais-escola tratam pacientes com recursos mais complexos e oferecem um tratamento ao paciente que é mais intensivo e tecnologicamente sofisticado.

À parte das vantagens geradas para a sociedade quando da educação de novos médicos, pode-se apontar um benefício específico que as atividades de educação têm sobre os hospitais que as empregam: os custos relativamente maiores parecem ser compensados (e justificados) por serviços mais benéficos aos pacientes desses hospitais.

Um estudo realizado em 1999 pela Comissão de Assuntos de Saúde do Congresso norte-americano indicou que o financiamento de atividades didáticas se justificava também na medida em que tinha um impacto suficientemente positivo na qualidade do serviço de saúde oferecido propriamente dito.

Uma infinidade de outras correlações, entretanto, devem acontecer entre as dimensões de estudo, pesquisa e assistência nos mais diversos níveis operacionais do hospital, sendo impossível generalizar a respeito da amplitude de todas elas antes de analisar caso por caso.

Cabe ao autor ficar atento para identificar fatores inter-relacionados entre elas que porventura mereçam ser monitorados, se o impacto que tenham nos resultados estudados valha a pena na tentativa de administrá-lo com mais precisão.

6 A Acreditação

6.1 Introdução

É um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. São estabelecidos padrões, em grau de complexidade crescente, os quais orientam a avaliação dos diversos serviços do hospital. O *status* de acreditado conota sempre confiança no hospital por parte dos clientes internos e externos, bem como da comunidade em geral.

Os métodos de auto-avaliação são procedimentos intra-institucionais específicos a serem utilizados na fase de pré-acreditação, quando os hospitais procuram avaliar seus serviços ou unidades preparando-se para a visita dos avaliadores.

6.2 Níveis de classificação

Segundo o Manual de Acreditação, os ambulatórios são classificados em três níveis, cada um dos quais representando um conjunto específico de capacitações-padrão que o ambulatório deve apresentar. São eles:

Nível 1	O Hospital oferece assistência ambulatorial nas especialidades disponíveis; conta com área física própria para a atividade; tem processo de agendamento definido e recursos humanos e materiais adequados para o modelo de assistência proposto.
Nível 2	O Hospital conta com equipe multiprofissional treinada para preenchimento, organização e arquivamento da documentação clínica e gerencial, necessária para realização das práticas especializadas e cirurgias ambulatoriais.
Nível 3	O modelo assistencial contempla ações preventivas, de diagnose, terapêuticas e de reabilitação; são feitos levantamentos de indicadores de qualidade e produtividade da assistência oferecida.

Tabela 2 – Classificação de níveis de acreditação.

(Adaptado do *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar/Coordenação*, Humberto de Moraes Novaes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998).

(Elaborado pelo autor)

Todos os padrões são organizados por graus de satisfação ou complexidade crescentes e correlacionados, de maneira que, para alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores obrigatoriamente devem ter sido satisfeitos. Para estabelecer o nível determinado por item deve-se iniciar a avaliação pelos níveis inferiores, até encontrar o nível cujas exigências não estão totalmente satisfeitas. As exigências são indivisíveis quando se referem a mais de um padrão de qualidade e, se uma dessas exigências não estiver satisfeita, considerar-se-á apenas o nível imediatamente anterior como atendido.

6.3 Itens de verificação

A cada um dos níveis foram associados critérios básicos de performance requeridos para a avaliação dos hospitais. A seguir, listamos

os critérios de verificação estipulados para o **ambulatório**, que é o objeto de nosso estudo:

Itens de verificação

1. Existe equipe médica habilitada para realizar a assistência ambulatorial?
2. Existe equipe médica no local durante o horário de funcionamento para o atendimento de consultas programadas?
3. A infra-estrutura instalada está de acordo com o perfil assistencial da instituição?
4. Existem pias em boas condições de funcionamento, com materiais adequados e disponíveis, para a lavagem e anti-sepsia das mãos em todos os consultórios?
5. Existem materiais, instrumental e equipe adequados para executar procedimentos de acordo com o perfil da demanda e modelo assistencial?
6. Os consultórios contam com iluminação e ventilação adequada?
7. Existem consultórios e horários disponíveis para atender a demanda?
8. Existem condições para o atendimento em situação de emergência?
9. Existem condições para internação hospitalar em caso de emergência?
10. Existe equipe de enfermagem exclusiva do setor durante todos os turnos de funcionamento?
11. No caso de existir serviço de cirurgia ambulatorial, a área é de circulação restrita?
12. Existem condições para o atendimento a grupos especiais?
13. Existem precauções e rotinas padronizadas para o atendimento de pacientes?
14. Existe programa de manutenção preventiva dos equipamentos?
15. O pessoal responsável pelo agendamento de consultas tem instruções de cada especialidade, sobre a frequência, duração e

Itens de verificação	
	distribuição das consultas?
	16. Existe um sistema de informações ao paciente, pelo qual são esclarecidas todas suas dúvidas a respeito de retornos, preparo de exames, agendamento,...
	17. Existem manuais de rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis?
	18. Existe programa de educação e treinamento continuado?
	19. Existem grupos de trabalho para melhoria de processos assistenciais, integração institucional?
	20. Existe sistema de análise crítica de casos atendidos, melhoria técnica e controle de problemas?
I	21. Oferece programas multiprofissionais para o atendimento de doenças crônicas?
	22. Existe sistema de melhoria de processos e procedimentos visando a minimização de riscos e efeitos colaterais?
	23. Realiza rotineiramente atividades de educação em saúde?
	24. Existem procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?
	25. Existe sistema de informação baseado em taxas e indicadores específicos de assistência ambulatorial?
I	26. É aferida a satisfação dos clientes internos e externos?
I	27. Existem evidências objetivas de ciclos de melhoria com impacto sistêmico?
I	28. Existem programas assistenciais abrangentes (educação e saúde, assistência diagnóstica e terapêutica, reabilitação)

Tabela 3 – Critérios de classificação de níveis de acreditação.

(Adaptado do *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar/Coordenação*, Humberto de Moraes Novaes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998).

6.4 A avaliação

O avaliador do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar deve reunir algumas características pessoais e profissionais essenciais para o sucesso da sua função, tais como: competência técnica, experiência profissional e administrativa, entre outras necessárias para atingir os objetivos de suas visitas.

A etapa de avaliação e visita é composta por duas grandes etapas: a pré-visita e a visita propriamente dita. A primeira está relacionada com a preparação da instituição para o processo de acreditação, na qual o hospital toma conhecimento deste processo e se prepara para solicitar a visita dos avaliadores. Este processo tem início com a divulgação e distribuição nacional do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Posteriormente, pode ser desenvolvido pelas Instituições Acreditadora e Associativas, ainda não definidas pelo Ministério da Saúde, um programa de capacitação de avaliadores internos e gerentes que liderarão, nos hospitais, as atividades de preparação para a visita e auditoria.

A visita somente ocorrerá após a solicitação voluntária do hospital à Instituição Acreditadora. Sua inscrição nesse processo de avaliação para a acreditação resultará na marcação e agendamento com o avaliador líder que também coordenará as atividades da equipe de avaliadores e o contato com os dirigentes do hospital.

Na fase de elaboração dos relatórios, a equipe de avaliadores ficará encarregada de elaborar o Relatório de Visita para a alta direção do Hospital, no qual constará o atendimento aos padrões e níveis de avaliação. Já o Relatório para a gerência da Instituição Acreditadora, além dos aspectos acima mencionados, deverá apresentar um parecer final dos avaliadores (de consenso) sobre a indicação para a acreditação e em que nível.

Cada critério deve ser avaliado de acordo com a seguinte escala:

- **Substancial:** existe metodologia sólida, sistemática e avançada. Os resultados são excelentes;
- **Significativo:** existe metodologia sólida, sistemática e, algumas vezes, avançada. Existem evidências de aplicação da mesma e os resultados são bons;
- **Parcial:** existe metodologia sólida, sistemática e foram encontradas tendências positivas na aplicação da mesma e nos resultados;
- **Mínimo:** existem metodologias em desenvolvimento, com indícios de aplicação das mesmas, porém faltam informações importantes;
- **Não cumpre:** não existem evidências de metodologias de aplicação e faltam informações;
- **Não aplicável:** natureza da instituição não se aplica o padrão.

Quanto aos resultados, os hospitais poderão apresentar-se como:

- Não acreditado – não atendimento aos padrões e níveis mínimos exigidos;
- Acreditado - acreditação no nível I;
- Acreditado pleno – acreditação no nível II;
- Acreditado com excelência – acreditação no nível III.

O Certificado emitido pela Instituição Acreditadora terá validade de dois anos, conforme o nível atingido. Durante a vigência do prazo de validade do Certificado, o Hospital não poderá solicitar outra avaliação, com o objetivo de alcançar acreditação em nível acima do obtido.

Findo o prazo de validade, inicia-se um novo ciclo de acreditação. O Hospital poderá solicitar inscrição à mesma ou a qualquer outra Instituição Acreditadora, credenciada pela Organização Nacional Acreditação.

6.5 A Acreditação e seu papel como provedora de direcionamento estratégico

Uma vez definidos alguns objetivos estratégicos de uma organização (no caso do hospital, ter excelência no Processo de Acreditação), essa organização deve definir critérios e parâmetros que se refiram às dimensões de serviço que, ao serem priorizadas, traduzem os requisitos necessários ao sistema de operações.⁴⁶

SLACK (1997) aponta três aspectos influenciadores que devem ser levados em conta ao se definir critérios de desempenho de uma organização que busca ser competitiva:

- Influência dos clientes: o que querem com mais ou menos intensidade do serviço? Quais são seus critérios de avaliação?
- Influência dos concorrentes: como a operação reage às mudanças de comportamentos dos concorrentes?
- Estágios de serviço: Os serviços (técnica e tecnologia) estão no estágio de introdução, crescimento, maturidade ou declínio?⁴⁷

Assim como SLACK (1997), HILL (1993) define a necessidade de se estabelecer critérios de serviço que levem em conta o desempenho relativo frente à concorrência. PORTER (1996) é outro autor que também apregoa que uma empresa deve olhar antes de tudo para o que a concorrência faz, se pretende conquistar uma liderança de mercado sustentável e duradoura. Podemos ver, então, que algumas das mais famosas teorias desenvolvidas até hoje para auxiliar a postura estratégica das empresas foram devidamente orientadas para uma realidade capitalista, em que o objetivo maior - norteador de todas as ações das empresas - é sempre a *obtenção do lucro*.

⁴⁶ GIANESI; CORREA. op. cit. pp.112.

⁴⁷ Adaptado de SLACK et al. *Administração da Produção*, São Paulo, Ed. Atlas, 1997.

Organismos públicos, por outro lado, quase sempre atribuem às suas atividades finalidades diferentes: à exceção de empresas públicas que atuam no mercado privado (como a Petrobrás, por exemplo, que é a maior empresa brasileira com uma receita líquida R\$ 44 bilhões e um lucro líquido de R\$ 10 bilhões)⁴⁸, muitos setores do governo não estruturam suas atividades segundo a necessidade de remunerar o capital. Conseqüentemente, o conceito de competição por lucro acaba sendo inadequado para analisar o posicionamento que essas instituições se dispõem a tomar.

Em seu lugar, observa-se uma postura focada basicamente no aproveitamento racional de recursos, fazendo um bom uso deles (ou revertendo-os em benefícios maximizados para a sociedade que o financia).

No setor de saúde, por exemplo, não se deve esperar que o financiamento público aumente (ou mesmo que fique constante) sem que haja comprovação da eficácia dos programas promovidos; só assim, segundo alguns economistas, haverá a certeza de que os recursos estão sendo satisfatoriamente empregados e administrados.⁴⁹

Nesse contexto, o Processo de Acreditação busca contornar um dos efeitos mais malignos que as instituições públicas sofrem: como não competem por lucro, e nem conseqüentemente por clientes, acabam se tornando organismos altamente ineficientes. Enquanto as empresas privadas têm a necessidade de desenvolver competitividade para poder sobreviver, o setor público, para quem a sobrevivência é sempre garantida, vê-se sem a obrigação de identificar critérios "competitivos" pelos quais deva se orientar. Qualidade e produtividade acabam se tornando elementos para os quais não existe um direcionamento muito forte.

⁴⁸ Jornal Valor – As 1000 maiores empresas do Brasil, setembro/2001, p.78.

⁴⁹ PERRIN E. et al. Health Performance Measurement in the Public Sector, Washington National Academy Press, 1999.

Os critérios exigidos pelo Processo, portanto, tentam fazer com que os hospitais públicos adotem por lei aquilo que os hospitais privados inevitavelmente adotariam por necessidade, para ser competitivos frente a seus concorrentes. Dessa forma, cria-se para o setor público uma sensação de ameaça que o motive a buscar o mesmo que o setor privado buscaria espontaneamente.

Como critérios de avaliação e objetivos andam intimamente juntos, garante-se que os hospitais públicos se comprometam a atingir alguns patamares mínimos de performance, na medida em que se adota como objetivos para a organização os critérios propostos pelo processo.

Portanto, ao definir como estratégia ser um hospital referência dentro do Processo de Acreditação, o HU automaticamente herda do Processo os mesmos critérios "competitivos" que vão, de acordo com HILL (1993), qualificá-lo a competir pelo objetivo proposto dentro de um mercado.⁵⁰

⁵⁰ HILL T. *Manufacturing Strategy*, 2.ed. London, McMillan, 1993 apud CORREA; GIANESI. Op. cit., pp. 112.

7 Identificar objetivos na acreditação

7.1 Os desafios da acreditação

Para conseguir atender aos requisitos do processo, o hospital precisa promover basicamente dois esforços em seu ambulatório:

- Projetar novas funções e processos, que suportem as atividades previstas pelos critérios de avaliação;
- Aperfeiçoar funções e processos já existentes para que gerem melhores resultados, que se aproximem do que a acreditação exige.

A projeção de novos serviços pode ser contemplada com técnicas de projeto de serviços e reestruturação organizacional. O aperfeiçoamento de processos, por sua vez, depende da aplicação de ferramentas de qualidade e de produtividade, apropriadas para imprimir no sistema as melhorias de que necessita para gerar os resultados pretendidos.

A satisfação de cada um dos critérios, portanto, não depende do emprego das mesmas soluções. A métrica usada para garantir a satisfação de cada um deles, por consequência, também será diferente. Em comum, há a necessidade de evitar desperdício: quando se inicia a busca por um resultado sempre se observam pressões concomitantes para que os recursos gastos aumentem. Por isso, é importante conseguir manter o sistema sob controle, desviando-o da comodidade de requisitar mais recursos quando ainda há margem para que aqueles existentes promovam os avanços desejados.

Outra questão importante se relaciona com a subjetividade da acreditação: os critérios são listados exclusivamente como estão no item 6.3. Não há, além da listagem, nenhuma outra especificação clara de como cada um deve ser avaliado. Em consequência disso, a avaliação não possui

parâmetros preestabelecidos que sistematizem ou balizem a formação de juízo do avaliador. Entender como a percepção dos avaliadores reagirá, bem como identificar quais os pontos que implicitamente vão influir na sua definição, é tarefa bastante importante para definir quais resultados concretos o hospital deve apresentar para se qualificar bem dentro de cada critério.

O quadro a seguir resume as ações que o ambulatório terá que realizar para se preparar para a Acreditação:

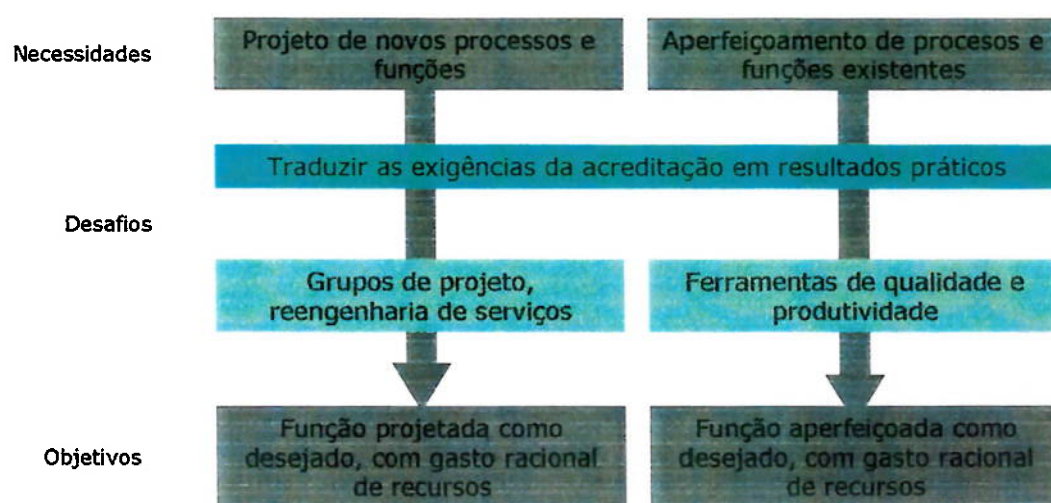


Figura 3 – Desafios impostos pela acreditação.

(Elaborado pelo autor)

7.2 Medição de performance como ferramenta para a Acreditação

Um sistema de indicadores de performance poderia antes de tudo contribuir com a falta de parâmetros do Processo de Acreditação: ao se definir *medidores de resultado*, pode-se traduzir as exigências de cada critério para parâmetros concretos, driblando-se assim a falta de objetividade que alguns dos itens apresentam.

Há, entretanto, diversas outras formas de fazer as ferramentas de medição de performance serem muito úteis para o hospital em suas ambições com a Acreditação. Não basta ter medidas de desempenho, elas precisam ser corretas, o que significa serem capazes de auxiliar a tomada das decisões mais adequadas: *"... o problema é que nós freqüentemente utilizamos as medidas erradas, o que geralmente é pior que não utilizar nenhuma. Se você pensa em mudar a direção na qual está se movendo, então as medidas de desempenho nos fazem saber se esta é uma ação correta ou se temos que tomar uma ação diferente"*.⁵¹

Para não correr o risco, então, de se limitar a aplicar as ferramentas de medidas de desempenho de uma forma "burocrática" e limitada, vamos identificar toda a extensão dos ajustes necessários à Acreditação nos quais essas ferramentas podem ser relevantes.

7.2.1 Medidas de desempenho como suporte ao aperfeiçoamento

Perguntas como "qual a performance das atividades de prevenção que o ambulatório realiza?", hoje em dia, correriam um sério risco de ficar sem resposta. Não há um acompanhamento de resultados que quantifique o quanto se atinge da produção desejada. O ambulatório, pois, é incapaz de acompanhar a evolução histórica de sua produção; na ausência de qualquer outra ferramenta de administração, não consegue nem identificar com precisão se a performance em alguns serviços de hoje é melhor ou pior que a de um ano atrás.

Se o ambulatório não consegue definir a posição de sua produção em relação ao passado, é de se esperar que indicadores e *medidas de processo*, que indicam os caminhos que o levaram para onde se encontra, são ainda mais inexistentes.

⁵¹ DENTON, D. K. *Production and Inventory Management Journal: Effective Measurement involves asking the right questions*, 1995 apud. FUSARO J., op. cit, p.22.

Uma vez criadas formas de medir o posicionamento do hospital, o sistema de indicadores de performance poderá ser estendido para encadear cada medidor de resultado aos respectivos medidores de processo, que - como mencionamos no item 2.4 - vão dar à administração do hospital a chance de monitorar as variáveis críticas dos quais dependam os parâmetros de produção estabelecidos e, agora, já medidos.

As ferramentas de medição, portanto, servem de ferramenta imprescindível para quaisquer abordagens de melhoria de qualidade que o ambulatório empregue (um ciclo PDCA - *Plan, Do, Check, Adjust*, ou Planeja, Faça, Monitore e Ajuste - por exemplo, nunca se realizaria sem um sistema de indicadores bem desenvolvido, uma vez que a etapa de checagem (*Check*) simplesmente deixaria de ocorrer ou então, se mal feita, traria medidas diferentes daquelas necessárias para que os ajustes corretos fossem feitos).

7.2.2 Medidas de desempenho como suporte para a criação de funções

Apesar de não ser exatamente um aspecto em que a aplicação de noções de produtividade seja tão visível quanto nas iniciativas de aperfeiçoamento de processos, esforços de projeto também podem (e devem) ser monitorados para que se garanta que não só seu produto final encaixe-se nas pretensões estratégicas da empresa, mas também que o esforço de projeto em si seja devidamente eficiente.

Portanto, medidores de performance, quando bem escolhidos, podem também servir para garantir que uma atividade esporádica de uma empresa, geralmente relacionada a projetos com um fim específico, seja

tão bem acompanhada quanto as funções cotidianas que essa empresa realiza.⁵²

A medição de desempenho pode ser aplicada a essas situações de diversas formas:

- Para controlar as atividades internas do projeto;
- Para servir de fonte de parâmetros de desempenho das funções projetadas durante a definição do projeto;
- Para acompanhar a implantação do projeto depois que estiver definido;
- Para oferecer informações que sirvam de subsídio para ajustes e melhorias de projeto.

Além de contribuir para o controle dos projetos, veremos mais adiante que ferramentas de medição de performance serão também necessárias para a realização de muitas das análises e dos estudos sistêmicos que alguns critérios exigem que o ambulatório realize.

7.3 Aplicações práticas de produtividade na área hospitalar

A grande maioria dos estudos de produtividade em hospitais foi realizada em uma época em que o conceito de produtividade ainda se limitava a ser quociente entre saídas e entradas de um determinado processo. Mesmo não sendo esse o enfoque ao qual nos pretendemos limitar nesse trabalho, ainda vale a pena levantar algumas abordagens passadas na medida em que o conceito de aproveitamento de recursos ainda é parte importantíssima dos enfoques de hoje.

A pesquisa bibliográfica feita pelo autor indica que as novas abordagens de produtividade não rejeitam - mas sim expandem - as

⁵² MEYER C. op. cit., p.100.

abordagens antigas, estendendo-as com o objetivo de possibilitar uma análise também estratégica e não somente operacional das atividades realizadas – na tentativa, principalmente, de costurar os planos operacionais, táticos e estratégicos de forma a mantê-los devidamente alinhados com os objetivos da organização.

Segundo HAMES (1991), no caso específico de hospitais, as habilidades e a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional complexa, a natureza delicada do serviço faz com que o custo do trabalho seja o maior componente dos custos operacionais (entre 50 e 60% deles); o aumento de produtividade é então uma arma poderosa para lidar com o ônus de toda essa complexidade.⁵³

MARTINELLI (1993), referindo-se aos custos na área hospitalar, comenta que se elevaram a níveis insuportáveis a qualquer fonte pagadora e, no seu entender, somente a melhoria da produtividade pode gerar uma solução.

MARRON-COST (1980) aponta algumas barreiras externas à produtividade, dentre as quais ressalta a alta expectativa de médicos e pacientes, o alto grau de especialização do processo hospitalar, a falta de habilidades gerenciais dos médicos que exercem função gerencial e a falta de mobilidade (ascensão) dos profissionais de saúde. Por fim, ressalta que os administradores hospitalares têm uma falta de controle gerencial sobre a classe médica, o que dificulta atingir a produtividade total.⁵⁴

JENSEN E MORRISEY (1996) vão mais longe e transferem a responsabilidade pela produtividade aos médicos, que têm um papel decisivo ao influenciá-la na medida em que são os personagens que

⁵³ HANES apud BITTAR (1994).

⁵⁴ MARRON-COST (1980) apud. BITTAR (1994).

decidem a respeito da admissão de pacientes, quais serviços eles vão receber e quanto tempo devem ocupar o sistema produtivo do hospital.⁵⁵

WOLPER (1980) indica que a superação destes problemas depende da utilização de "revisões operacionais", que permitem analisar sistemas, produtividade, métodos de trabalho, como conhecimento de como a organização e os departamentos são estruturados, quais são as metas e objetivos, quais as funções de cada unidade e as inter-relações entre estas funções; quais os pontos fracos e fortes do hospital e qual a compatibilidade da política de seu conselho com os objetivos.⁵⁶

Em termos de unidades hospitalares, há algumas décadas vem se utilizando o número de funcionários como parâmetro de cálculos. Recentemente, entretanto, graças a um rápido avanço tecnológico, a uma utilização mais intensa de procedimentos ambulatoriais (em contrastes a internações) e ao aparecimento de especialidades médicas cada vez mais específicas, alguns autores vem utilizando indicadores não necessariamente ligados à utilização de mão-de-obra.⁵⁷

Independentemente dos índices utilizados ou dos fatores que estes busquem monitorar, porém, observa-se que alguns princípios básicos devem ser seguidos na implementação de medidores de performance em serviços de saúde pública:

- Atividades de medição de performance devem ser provenientes de um conjunto claramente definido de objetivos. O processo de medição de performance e a informação que ele produz deve ser visto como um meio de promover o progresso em direção àqueles objetivos, e não como um fim em si mesmo;

⁵⁵ JENSEN; MORRISEY (1986) apud. BITTAR (1994).

⁵⁶ Adaptado de WOLPER (1980) apud BITTAR (1994).

⁵⁷ Adaptado de BITTAR, op. cit., p. 10.

- Como as necessidades básicas de saúde diferem ao longo das regiões dos países, um sistema de medição de performance deveria, idealmente, ser flexível o suficiente para permitir que cada comunidade ou região adapte-o para as prioridades e estratégias que adote;
- A medição de performance deve levar em conta a viabilidade econômica da coleta e análise de dados para as medidas pretendidas. O custo de se produzir essas medidas com a qualidade necessária para serem relevantes deve ser levado em conta;
- Os sistemas de monitoração de performance, junto com as medidas que propõem e dos dados que as alimentam, devem ser periodicamente reavaliados. Essa reavaliação não só ajuda a certificar que os objetivos do sistema estão sendo satisfeitos, mas também previne a ocorrência de efeitos indesejados, como, por exemplo, reduzir o escopo dos esforços para atividades que, historicamente, apresentam maus resultados;
- A monitoração de performance é um processo que deve ser mantido em constante mutação: as medidas devem ser refinadas ou trocadas na medida em que a compreensão entre os resultados de saúde pública e os processos que os originam evolua. Melhores fontes de dados e mudanças de prioridades na política de saúde de cada organismo devem, também, ser refletidas nos ajustes feitos aos sistemas.⁵⁸

⁵⁸ PERRIN E.B. *Health Performance Measurement in the Public Sector*, National Academy Press, Washington, D.C., 1999.

7.4 Alguns índices popularmente utilizados em ambulatórios

Em uma pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre contatou-se que a grande maioria dos hospitais, 91% deles, utiliza algum indicador de produtividade. Dentre os indicadores ambulatoriais mais citados estão:

- Procedimentos mês;
- Número consultas/tempo;
- Número de funcionários/leito;
- Média de permanência;
- Número de procedimentos;
- Faturamento/funcionários;
- Tempo entre recepção e atendimento;
- Tempo de resposta entre chamada do paciente e atendimento.⁵⁹

Como se pode observar, há uma tendência em se utilizar indicadores de resultado ou indicadores que medem etapas finais dos processos hospitalares, não havendo um acompanhamento formal das causas que geram esses efeitos.

BITTAR⁶⁰ faz uma extensa apresentação de indicadores em instituições de saúde, elaborando um levantamento bibliográfico bastante completo sobre o assunto, agrupando os indicadores segundo as perspectivas propostas por KAPLAN (2000) em sua abordagem de *balanced scorecard*: financeira, do cliente, interna e de inovações.

Sua pesquisa, apesar de rica, não endereça diretamente os problemas enfrentados pelos hospitais no Processo de Acreditação, apresentando indicadores genéricos de estrutura, produção, custos,

⁵⁹ BORBA, Gustavo S. Pesquisa conhecimento e viabilidade da utilização de simulação computacional nos hospitais da região metropolitana de Porto Alegre, Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.

⁶⁰ BITTAR O. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde, Revista da Assistência Médica, vol. 3, n. 12, julho-setembro/2001.

qualidade e mesmo de produtividade; não obstante, são todos indicadores que oferecerão um suporte relevante para os critérios que se referem ao controle de qualidade e à existência de processos de análise crítica dentro do ambulatório. Uma lista desses seus indicadores pode ser encontrada na Tabela 26 – Indicadores para análise das atividades ambulatoriais.

8 Estudo dos critérios

Diferenciar os critérios entre si é fundamental para compreender como se deve abordar cada um, bem como que tipo de benefícios cada um pode receber de acordo com a natureza dos requisitos de que dependam. Além de haver critérios que se referem a funções inexistentes, por exemplo, há também critérios pontuais, que medem resultados que não são gerados por uma seqüência de processos encadeados, mas sim por algumas decisões de caráter restrito (como instalar pias nos consultórios ou restringir a circulação na área cirúrgica).

Para que cada critério possa ser analisado de acordo com as demandas em que implica, buscaremos refletir as peculiaridades inerentes à Acreditação, definindo três variáveis para sua classificação:

- **Natureza do critério:** reflete se o atendimento do critério depende de um redesenho da estrutura de serviços para comportar novas funções e novos objetivos (*Projeto*), ou se a sua satisfação depende do controle de performance de processos já criados e orientados para a obtenção dos resultados exigidos (*Aperfeiçoamento*);
- **Desempenho:** como aquele critério está sendo satisfeito no momento frente a hospitais que sejam modelo de performance nele;⁶¹
- **Sensibilidade a ferramentas de medição de performance:** o sucesso em alguns critérios é mais ou menos facilitado com a utilização de medição de performance, que tem efeitos variáveis para cada um deles. Indica uma medida prática da utilidade e da relevância que abordagens de medição de performance terão para o hospital com relação ao critério referido. Está diretamente ligada

⁶¹ Adaptado de CAMPBELL BRUCE. *Benchmarking: A performance intervention tool*, Journal on Quality Improvement, v.20, n.5, 1994.

à quantidade de pontos de medição que são necessários para garantir que as atividades relacionadas com o critério sejam bem-sucedidas.

Cada critério deve ser classificado segundo a seguinte escala:

Natureza do Critério	Dois tipos: ▪ Projeto; ▪ Aperfeiçoamento.
Desempenho	Avaliado segundo uma escala de 1 (muito ruim) a 5 (muito bom) frente a outros hospitais. Critérios de <i>Projeto</i> recebem 0 por nem existir.
Sensibilidade	Para os critérios que dependem de <i>Aperfeiçoamento</i> , avaliada de 1 (critério que com pequeno potencial de ser beneficiado por ferramentas de medição de performance) a 5 (critério para o qual essas ferramentas são fundamentais). Já os critérios que dependem de <i>Projeto</i> devem ser avaliados de 1 (atividade que depois de implantada pouco se beneficiará de medidores de performance) a 5 (atividade que depois de implantada muito se beneficiará de medidores de performance).

Tabela 4 – Parametrização das variáveis de análise de critérios.

(Elaborado pelo autor)

Para os critérios que precisam ser projetados, a própria etapa de projeto e de implementação depende de um controle de performance apurado, como já mencionamos. Apesar de cada projeto possuir fins específicos, consideramos que a existência de medidores de performance é igualmente benéfica a todos eles (a todos os esforços de projeto) e por isso não incluímos na avaliação de *Sensibilidade* uma referência ao quanto a etapa de projeto para cada critério poderia ser beneficiada.

8.1 Resultados de classificação

São poucas as pessoas que têm uma posição adequada para olhar o ambulatório como um todo: as administradoras do ambulatório e do hospital. Realizamos, então, algumas reuniões ao final das quais tínhamos posicionado cada critério ao longo das variáveis definidas.

Os resultados obtidos encontram-se a seguir:

Item	Item	Natureza	Se.	Des.
1	Existe equipe médica habilitada para realizar a assistência ambulatorial?	Aperfeiçoar	5	4
2	Existe equipe médica no local durante o horário de funcionamento para o atendimento de consultas programadas?	Aperfeiçoar	5	3
3	A infra-estrutura instalada está de acordo com o perfil assistencial da instituição?	Aperfeiçoar	4	3
4	Existem pias em boas condições de funcionamento, com materiais adequados e disponíveis?	Aperfeiçoar	1	3
5	Existem materiais, instrumental e equipe adequados para executar procedimentos?	Aperfeiçoar	5	4
6	Os consultórios contam com iluminação e ventilação adequada?	Aperfeiçoar	1	2
7	Existem consultórios e horários disponíveis para atender a demanda?	Aperfeiçoar	5	1
8	Existem condições para o atendimento em situação de emergência?	Aperfeiçoar	4	2
9	Existem condições para internação hospitalar em caso de emergência?	Aperfeiçoar	3	3
10	Existe equipe de enfermagem exclusiva do setor durante todos os turnos de funcionamento?	Aperfeiçoar	3	4
11	No caso de existir serviço de cirurgia ambulatorial, a área é de circulação restrita?	Projetar	1	5
12	Existem condições para o atendimento a grupos especiais?	Projetar	2	3
13	Existem precauções e rotinas padronizadas para o atendimento de pacientes?	Aperfeiçoar	4	2
14	Existe programa de manutenção preventiva dos equipamentos?	Aperfeiçoar	4	2
15	O pessoal responsável pelo agendamento de consultas tem instruções de cada especialidade?	Aperfeiçoar	2	2
16	Existe um sistema de informações ao paciente, pelo qual são esclarecidas todas suas dúvidas?	Projetar	3	1
17	Existem manuais de rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis?	Aperfeiçoar	3	2
18	Existe programa de educação e treinamento continuado?	Projetar	4	2

Item	Item	Natureza	Se.	Des.
19	Existem grupos de trabalho para melhoria de processos assistenciais, integração institucional?	Projetar	2	2
20	Existe sistema de análise crítica de casos atendidos, melhoria técnica e controle de problemas?	Projetar	5	2
21	Oferece programas multiprofissionais para o atendimento de doenças crônicas?	Aperfeiçoar	4	3
22	Existe sistema de melhoria de processos e procedimentos visando a minimização de riscos	Projetar	3	2
23	Realiza rotineiramente atividades de educação em saúde?	Aperfeiçoar	4	1
24	Existem procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente?	Projetar	3	2
25	Existe sistema de informação baseado em taxas e indicadores específicos de assistência ambulatorial?	Projetar	5	2
26	É aferida a satisfação dos clientes internos e externos?	Projetar	4	2
27	Existem evidências objetivas de ciclos de melhoria com impacto sistêmico?	Projetar	4	1
28	Existem programas assistenciais abrangentes?	Aperfeiçoar	4	1

Tabela 5 – Classificação dos itens de verificação da Acreditação.

(Elaborado pelo autor).

 Nível I
  Nível II
  Nível III

Uma segunda observação na tabela de itens de verificação revela que muitos deles são inter-relacionados: há vários critérios de níveis superiores cuja satisfação depende de bons resultados em critérios de níveis mais baixos, estabelecendo pontos em comum entre eles. Há ainda critérios do mesmo nível que tangenciam as mesmas funções da organização do ambulatório, como se pode ver na tabela a seguir:

Grupo	Item	Item
A	8	Existem condições para o atendimento em situação de emergência?
	9	Existem condições para internação hospitalar em caso de emergência?
B	13	Existem precauções e rotinas padronizadas para o atendimento de pacientes?
	17	Existem manuais de rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis?

C	19	Existem grupos de trabalho para melhoria de processos assistenciais, integração institucional?
	20	Existe sistema de análise crítica de casos atendidos, melhoria técnica e controle de problemas?
	22	Existe sistema de melhoria de processos e procedimentos visando a minimização de riscos?
	25	Existe sistema de informação baseado em taxas e indicadores específicos de assistência ambulatorial?
	27	Existem evidências objetivas de ciclos de melhoria com impacto sistêmico?
D	12	Existem condições para o atendimento a grupos especiais?
	21	Oferece programas multiprofissionais para o atendimento de doenças crônicas?
	28	Existem programas assistenciais abrangentes?

Tabela 6 – Identificação dos grupos de critérios inter-relacionados.

(Elaborado pelo autor).

 Nível I
  Nível II
  Nível III

Na tabela anterior, os critérios do grupo A compartilham requisitos sobre a preparação do ambulatório para situações de emergência. Já no grupo B encontram-se critérios que têm em comum a exigência de padronização de rotinas, mas em níveis de detalhamento e de documentação diferentes. Os cinco critérios do grupo C, por sua vez, demandam análises e estudos baseados na formação de grupos, competências e recursos que proporcionem ao ambulatório uma melhoria contínua de qualidade. Por fim, no grupo D podem-se observar itens que têm em comum buscar no ambulatório atividades que cheguem além do diagnóstico e tratamento pontual de doenças.

8.2 Abordagem a ser dada aos critérios

Os itens de verificação vão ser separados em dois grupos: o grupo de *Aperfeiçoamento* e o grupo de *Projeto*. Em cada um desses grupos será priorizado o seguinte critério: vamos escolher como alvo de esforços iniciais

os pontos que tendem a gerar maiores benefícios para o hospital ao receberem um controle de performance adequado.

A natureza do Processo de Acreditação não admite a escolha de apenas alguns critérios em detrimento de outros, uma vez que todos os critérios sugeridos pelo Processo de Acreditação sejam igualmente importantes; além disso, o conceito de critério competitivo, como já mencionamos, não é muito apropriado para uma instituição pública (vide item 6.5).

Entretanto, a necessidade de priorização entre os critérios surge de uma contingência de escopo: o Trabalho de Formatura não comporta um estudo completo e elaborado voltado ao atendimento de todos os requisitos impostos pelos critérios; em função disso, optamos por priorizar os critérios sobre os quais um estudo de performance seja mais atraente para o hospital, de forma a maximizar os efeitos obtidos com ele – o estudo.

Mais precisamente, decidimos focar nossos estudos em 50% dos critérios propostos como *Aperfeiçoamento*, em objetivo acordado com a Direção do hospital. Para os critérios classificados como *Projeto*, por sua vez, realizamos um estudo conjunto, que fornecerá para o hospital alguns direcionamentos que facilitem o controle de sua implantação e a consumação das atividades que propõem.

Em referência à necessidade de priorização, SLACK (1997) sugere uma metodologia em que se pondera a classificação de cada critério quanto ao desempenho frente aos concorrentes e sua importância para os objetivos da empresa. Com isso se consegue, segundo o autor, diferenciar quais os pontos que necessitam de ataque imediato daqueles para os quais não há motivos que justifiquem uma priorização.⁶²

⁶² SLACK N. *Vantagem competitiva em manufatura*, São Paulo, Atlas, 1993.

Quanto mais crítica for a combinação importância/desempenho em um critério, portanto, mais aconselhável se torna trabalhá-lo, por ser ele aquele que a empresa tenderia a ter um maior interesse em atacar para garantir a saúde de seus negócios.

Com base nesse preceito, definimos o que chamamos de *índice de atratividade*: o produto entre a *sensibilidade* e a distância entre o *desempenho* observado e o desempenho ótimo (de valor 5). Assim, podemos conjugar as duas variáveis que interferem na atratividade que há em dotar o HU de ferramentas de medição de performance para satisfazer o critério em questão, trabalhando primeiro naqueles mais impactantes (onde impacto é uma combinação entre quanto um critério necessita ser melhorado e o efeito que ferramentas de controle de performance terão sobre ele).

Os critérios semelhantes, agrupados na Tabela 6, serão classificados em separado mas estudados em conjunto. Assim, conseguiremos isolar as peculiaridades de cada um (com relação à sua sensibilidade e situação atual) mas aproveitando a sinergia que existe entre eles ao estabelecer medidores com o objetivo de aperfeiçoá-los ou projetá-los.

A aplicação desse método resultou no seguinte ranking:

Aperfeiçoamento		
Posição	Item	Índice
1	7	20
2	23	16
4	13	12
5	14	12
6	2	10
7	17	9
8	3	8
9	21	8
10	9	6
11	15	6
12	1	5
13	5	5
3	12	4
14	8	4
15	6	3
16	10	3
17	4	2

Projeto		
Posição	Item	Índice
1	27	16
2	25	15
3	28	16
4	20	15
5	16	12
6	18	12
7	26	12
8	22	9
9	24	9
10	19	6
11	11	0

Tabela 7 – Ranking para priorização dos itens de verificação.

(Elaborado pelo autor).

	Nível I		Nível II		Nível III
	Priorizado		Não- priorizado		

Uma observação importante é verificar que a maior parte dos critérios relativos ao nível I (13 de 16, ou 81% deles) situou-se na área de *Aperfeiçoamento*, o que demonstra que o hospital já está no caminho de atingi-los, mas ainda precisa ajustar seus processos para que melhores resultados sejam produzidos.

Os critérios relacionados aos níveis II e III da Acreditação, por sua vez, são os que tendem a ser mais elaborados, fazendo demandas que têm a intenção de implementar uma estrutura de melhoria de qualidade continuada no ambulatório; isso levou a maioria deles (4 de 7 para os de nível II e 3 de 4 para os de nível III) a se localizar na área de *Projeto*. Isso demonstra, por conseqüência, que o hospital ainda está bastante atrasado com relação às funções exigidas pelos níveis mais superiores.

A explicação para essa distribuição dos critérios ao longo de nossa classificação é simples, se olharmos para a a dinâmica tradicional do ambulatório: o aperfeiçoamento das atividades existentes acontece na maioria das vezes em paralelo à sua realização, uma vez que o hospital tende a realizar reuniões, acertar novas medidas, etc., sem que haja a necessidade de que ninguém se desvie demais das suas atividades cotidianas.

O projeto de novas funções de serviço, por sua vez, não deixa escolha senão a de destacar um grupo de pessoas de suas atividades normais – mesmo que por uma parcela do tempo – para que se dediquem a tarefas muitas vezes totalmente distintas daquelas que estão acostumados a realizar.

A resistência natural que a própria estrutura do hospital oferece descende principalmente da existência de cargos em que não está prevista nenhuma parcela de responsabilidades de planejamento. Como todos têm seus deveres operacionais a cumprir, não sobra tempo algum para que efetivamente se formem equipes que se abstenham de só operar e se ocupem também de planejar as atividades do hospital.

Feitas essas considerações, e definidos os critérios a serem priorizados, podemos agora explorar cada um separadamente, criando os indicadores adequados para controlá-los.

9 Desenvolvimento de indicadores

Devemos levar em conta seis atributos ao desenvolvermos indicadores. São eles:

- **Validade:** o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais os processos devem ser melhorados;
- **Sensibilidade:** o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os tipos de processos nos quais existem problemas, dentre os processos existentes;
- **Especificidade:** o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles processos em que há problemas;
- **Simplicidade:** quanto mais simples de calcular um indicador mais realizável ele é;
- **Objetividade:** todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca;
- **Baixo custo:** indicadores cuja realização é cara tendem a ser deixados de lado.⁶³

Com bases nessas seis diretrizes, vamos desenvolver indicadores que permitam o acompanhamento de cada um dos critérios selecionados, bem como das variáveis mais críticas que lhes interferem. Como propusemos no início do Trabalho, buscaremos gerar não só indicadores de *resultado*, que apontem onde o ambulatório se localiza perante cada critério, mas também indicadores de *processo*, identificando as causas de que dependa seu sucesso e monitorando-as também.

⁶³ *Agenda for Change – Characteristics of Clinical Indicators*. Joint Commission. QRB – Quality Review Bulletin, v.15, n.11, 1989.

9.1 O sistema de informações como critério de avaliação

Ao analisar as exigências a que o ambulatório será submetido pelos critérios priorizados e ser confrontada com a obrigação de cumprir com essas exigências de forma produtiva, a administração do ambulatório e os médicos que trabalham nele apontaram uma condição fundamental necessária a todos os critérios: a existência de um sistema de informações ágil e confiável.

Apesar de não ser explicitamente avaliado pela Acreditação, o sistema de informações deve, portanto, ser estudado como um critério separado. A principal hipótese que sustenta a inclusão deste critério no estudo é a necessidade imprescindível de acessar as informações técnicas, permitindo que tanto os médicos quanto o pessoal de suporte consigam de forma rápida, clara e confiável informações sobre consultas, prontuários e diagnósticos no grau de detalhamento necessário, de forma a proceder aos tratamentos dos pacientes o mais eficientemente possível.

Dessa forma, o sistema de informações disponível no hospital deve ser avaliado segundo os seguintes critérios:

- **Rapidez:** o tempo de acesso às informações pode transformar em um gargalo na prestação do serviço ambulatorial, impactando na capacidade de produção do ambulatório;
- **Clareza e objetividade:** as informações devem permitir uma análise clara do caso em questão. De outra forma, informações pouco objetivas podem causar não só problemas aos tratamentos oferecidos, como também na velocidade do processo ambulatorial em questão.
- **Detalhamento:** o formulário de cadastramento do paciente deve contemplar o grau de detalhamento necessário pela especialidade de tratamento a que se submete.
- **Confiabilidade:** o sistema deve ser confiável e estar sempre funcionando.

Antigamente, cada consultório do ambulatório possuía um terminal por onde o médico conseguia acessar todo o prontuário do paciente. Esse sistema foi substituído pela operação que hoje é realizada pelo SAME: prontuários, pedidos de exame, consultas marcadas, são todos controlados pelo serviço estatístico, centralizadamente.

Dessa forma, qualquer consulta a dados do paciente deve ser remetida para o SAME, que as processa e retorna os resultados pedidos. Como o próprio sistema do SAME já está defasado, falhando muitas vezes ao dia e tendo uma velocidade de processamento excessivamente baixa, todo essa trâmite de informações fica muito moroso.

Para contornar esse problema, está sendo realizada no momento uma modernização das máquinas e dos sistemas utilizados pelo SAME, o que leva o ambulatório a crer que, em futuro próximo, vivenciará uma realidade mais eficiente de troca de informações.

A fim de identificar a evolução que essa modernização trará para os serviços ambulatoriais, e até mesmo de quantificar os novos níveis de produtividade que esse sistema apresentará, sugerimos o acompanhamento dos seguintes índices:

Consultas com recuperação de informações superior a 5 minutos	
C = consultas em que a perda de informações causa um atraso de mais de 5 minutos / consultas totais	
1	Indica quanto tempo foi gasto para acessar as informações do paciente em questão. Teoricamente os prontuários devem estar sempre preparados para a consulta do paciente; esse tempo, portanto, deveria ser nulo. Muitas vezes, entretanto, o prontuário está incompleto, e a sua presença não elimina a necessidade do médico sair do consultório atrás das informações de que precisa.

2	Detalhamento das informações disponíveis no sistema
	Varia de 1 (prontuário contém o essencial) até 5 (centraliza as informações de forma a suprir qualquer necessidade adicional de consulta)
	Esse indicador deve ser levantado semestralmente junto aos médicos, através de uma pesquisa interna que indique se estão tendo as informações necessárias para realizar os atendimentos que fazem.
3	Tempo de queda de sistema / tempo total de operação
	$\text{Taxa de funcionamento} = \frac{\text{tempo total de queda}}{\text{tempo em que é necessário (mês)}}$
	O sistema centralizado no SAME é muito exigido. Daí a necessidade de se garantir que funcione constantemente, para evitar que a marcação de consultas, a divulgação de resultado de exames, a preparação das consultas do dia, por exemplo, atrasem em função da queda do sistema.

Tabela 8 – Medidores de resultado para o sistema de informações.

(Elaborado pelo autor).

Manter esse sistema funcionando com bom desempenho é uma tarefa que depende do controle de diversos fatores, sendo os mais importantes: a realização de investimentos para manter as máquinas atualizadas, a manutenção de uma equipe de processamento de dados competente e a adequação do sistema em si com as demandas que setores como o SAME impõem sobre ele.

O modelo em que se coloca um computador por consultório está descartado a médio prazo: os investimentos necessários seriam muito vultosos. O ambulatório deve, portanto, sustentar o desempenho atual de seus sistemas, controlando:

	Investimento anual em informática / acessos ao sistema
	I= R\$ investidos em informatização / acessos diários ao sistema
4	Esse indicador é muito interessante: o número de acessos ao sistema é apontado pelos profissionais da área de processamento de dados como o fator que mais consome recursos físicos do equipamento. É aconselhável, portanto, que o investimento em recursos para a informática acompanhe o aumento de acessos que esse sistema sofre, justamente para se garantir que não fique sobrecarregado. Não há um número ótimo para esse indicador, mas ele deve ser mantido pelo menos constante, para garantir que o sistema cresça com a sua taxa de utilização e não fique mais sobrecarregado ainda.
	Integração informática – SAME – médicos
	I = número de trabalhos conjuntos entre os pares possíveis no grupo SAME – Informática – Médicos / ano.
5	O setor de informática e o SAME – que é o maior cliente dos serviços de informação – devem trabalhar juntos, constantemente coordenando as necessidades e possibilidades de cada um de forma a adequar o sistema o máximo possível às demandas que sofre ⁶⁴ . Para medir o nível de entrosamento entre esses dois setores e motivar que ele seja cada vez mais acentuado, definimos a medida do número de iniciativas conjuntas (desenvolvimento de programas, tabelamento de planilhas, análise de dados) que tomarão. O mesmo serve para os médicos, que devem realizar trabalhos em conjunto com esses dois setores para criar soluções para os problemas específicos de manuseio de informações que cada especialidade enfrenta.

Tabela 9 – Medidores de processo dos sistemas de informação.

(Elaborado pelo autor)

⁶⁴ Em uma de nossas reuniões presenciamos duas pessoas “descobrimo” que podiam, em conjunto com o SAME e o serviço de processamento de dados, desenvolver um sistema que acompanhasse as gestantes no computador pessoal da médica envolvida. Até então, ela fazia esse controle em cadernos, e o hospital – mais precisamente os setores de estatística e de informática – estava deixando de oferecer uma ajuda valiosa para ela.

Agora que já criamos algumas ferramentas para o ambulatório controlar as informações que circulam por ele, vamos nos ocupar das atividades ambulatoriais propriamente ditas que o Processo de Acreditação demanda, para as quais um fluxo ruim de informações seria quase sempre uma restrição bastante grave do ambiente.

9.2 Indicadores para critérios priorizados no Aperfeiçoamento

9.2.1 Horários disponíveis para atender a demanda

9.2.1.1 Medidores de resultado associados

Para que esse critério seja satisfeito, o hospital deve possuir uma organização produtiva que, refletida na definição da agenda de consultas, satisfaça ao máximo a demanda observada em tipo e quantidade de casos. Essa demanda tem um perfil claro, distribuído de acordo com as características do paciente médio que o HU recebe, mas que ainda não foi devidamente levantado pelo HU.

Para verificar se essa demanda está tendo a chance de ser atendida, devemos analisar: a disponibilidade de especialidades que cubram os casos demandados, o tempo para obter uma consulta em cada uma delas, a existência de opções de horários do dia acessíveis aos pacientes e, por fim, a capacidade de absorver novos pacientes (o que efetivamente significa manter o serviço disponível).

Os medidores de resultados propostos para esse critério, portanto, serão:

Tempo médio p/ obtenção de consulta por especialidade	
6	TM = Total de dias de espera / no. de consultas realizadas Em cada especialidade, deve-se verificar quantos dias de espera houve no total e dividir pelo número de consultas realizadas.
Horários acessíveis para os pacientes	
7	HA = número de consultas marcadas no horário mais desejado / número total de consultas Com esse indicador conseguimos detectar se alguns horários são mais visados que outros e, dependendo da disponibilidade de capacidade de atendimento, alocá-la de forma a ser melhor aproveitada.
Índice de pacientes novos	
8	IN = número de consultas para novos pacientes / número total de consultas (no mês) O hospital desconfia que gera muitos retornos, que mantêm a agenda constantemente ocupada, evitando a aceitação de novos pacientes. Essa aceitação deve ser mantida alta, o que afinal significa tornar o serviço o mais disponível possível

Tabela 10 – Medidores de resultado para disponibilidade de horário.

(Elaborado pelo autor).

9.2.1.2 Fatores que interferem nos resultados

A marcação da consulta, realizada pelo SAME, é o primeiro passo para se chegar ao ambulatório. Escalas de médicos – também feitas pelo SAME – interferem diretamente na capacidade que o hospital dedicará para cada especialidade. Nesse caso, há a adição de valor estratégico quando o hospital consegue esquematizar sua grade de consultas de forma a adequá-la às peculiaridades da demanda, permitindo o maior fluxo possível de atendimentos.

Uma vez definida a capacidade produtiva do hospital, seu aproveitamento efetivo é consequência direta de um bom uso e

coordenação que evitem desperdícios. Segundo apontado em nossas entrevistas, alguns fatores que aumentam (ou diminuem) a disponibilidade dos serviços hospitalares oferecidos são:

- Absenteísmo de pacientes – levantamentos iniciais indicam que hoje em dia essa taxa está em 25%, mas já foi de 40% em outras épocas;
- Picos de atendimento – geram desperdício ou sobrecarga;
- Retornos desnecessários – paciente não pára de "visitar" o médico, ocupando o sistema desnecessariamente;
- Consultas marcadas e não confirmadas.

Podem ocorrer casos em que os retornos são motivados por demandas didáticas, em que o residente precisa ter uma visão mais clara da evolução do tratamento do paciente. Atualmente não há nenhuma medida que indique a taxa de ocorrência de tais casos.

9.2.1.3 Medidores de processo

Os seguintes indicadores acompanham as variáveis críticas relativas ao critério proposto:

Qtde. Média de retornos por paciente por especialidade	
$QMR = [(\text{número total de consultas}) - (\text{número total de primeiras consultas})] / \text{número de pacientes atendidos}$	
9	O número médio de retornos por paciente por especialidade deve ser analisado com base no perfil de doenças que cada uma delas atende: doenças crônicas como hipertensão tendem a sobrecarregar a clínica geral, mas a ortopedia por sua vez deve apresentar uma dinâmica mais objetiva.

Taxa de absenteísmo	
10	TA = consultas marcadas / consultas realizadas Esse indicador acompanha quanto o sistema deixa de ser utilizado pela simples ausência do paciente no seu horário marcado.
Concentração de demanda na semana	
11	Dividir a semana em 20 partes: 4 períodos em cada dia, dois de manhã e dois à tarde, de acordo com os horários de atendimento. CD = número de consultas realizadas em um período / número de consultas realizadas totais. Conseguir controlar a demanda de forma a torná-la a mais suave possível é um dos maiores desafios da administração de serviços; com esse indicador a administração do hospital vai conseguir acompanhar de perto a sua produção semanal, podendo realizar esforços para evitar picos de atendimento em contraste a períodos ociosos.

Tabela 11 – Medidores de processo para disponibilidade de horário.

(Elaborado pelo autor).

A taxa de absenteísmo de pacientes é um problema muito grande para o hospital. Em função disso decidimos estudá-la um pouco mais a fundo para dotar os administradores de ferramentas que detectem suas causas e eventualmente consigam controlá-las. Para entender melhor a dinâmica que leva os pacientes a faltar, criamos mais três indicadores:

Tempo médio de espera dos pacientes ausentes	
12	TMA = Total de dias esperados pelos pacientes ausentes / total de faltas
a	Existe a percepção entre os médicos do hospital de que as faltas estão diretamente relacionadas com a distância entre a data da consulta e o dia em que ela foi marcada.

Concentração de ausências nas populações	
12	CC(USP) = faltas nas consultas USP / total de consultas USP
	CC(SUS) = faltas nas consultas SUS / total de consultas SUS
b	O hospital não sabe em qual das suas populações a taxa de ausências é mais forte; isso impede que as medidas necessárias de esclarecimento e punição sejam tomadas de acordo com a procedência de cada paciente.

Tabela 12 – Indicadores de acompanhamento de absenteísmo.

(Elaborado pelo autor).

9.2.2 Atividades de educação em saúde

9.2.2.1 Medidores de resultado associados

Entende-se por atividade de educação em saúde qualquer iniciativa que vise munir os pacientes com informações que tenham efeito preventivo na ocorrência de doenças.

Há diversas formas de levar esse tipo de serviço até a população: promovendo visitas a escolas (da USP ou da região do Butantã), realizando palestras abertas ao público dentro do próprio hospital ou mesmo se aproveitando das salas de espera para veicular vídeos e exibir cartazes que conscientizem a população.

As atividades de educação em saúde devem, portanto, almejar atingir o maior número de pessoas com informação de qualidade e relevância para o público a que for destinada. Para verificar se isso está acontecendo, devemos observar:

Quantidade de educação distribuída	
$QD = \sum P_i \times G_i$	
13	Onde P_i é o número de pessoas envolvidas na atividade i, e G_i é o grau de contribuição em educação que aquela atividade traz. G pode ser graduado como: 1) Pessoas expostas a cartazes, vídeos, na sala de espera; 3) Pessoas recebem folhetos informativos; 7) Pessoas participam de atividades em grupo no hospital.
Penetração nas escolas de região	
$PE = \text{escolas visitadas no ano} / \text{escolas totais na região}$	
14	Indica a presença do hospital nas escolas da comunidade do Butantã, em que a demanda por educação para as crianças e a mãe em assuntos de saúde pública seria de extrema valia, dado o grau de precariedade das condições de vida que possuem.

Tabela 13 – Medidores de resultado de atividades de educação.

(Elaborado pelo autor).

9.2.2.2 Fatores que interferem nos resultados

Um dos grandes obstáculos à realização de atividades de educação está no fato de não haver uma metodologia formal de recompensar os funcionários que se envolvem com elas. Dessa forma, a iniciativa para que sejam feitas depende excessivamente de esforços esparsos e pouco motivados.

Além disso, a própria estrutura do ambulatório absorve demais a mão-de-obra dos profissionais que trabalham nele, não deixando muito tempo disponível para que façam outra coisa que não seja apenas atender seus pacientes.

Uma outra restrição importante é a presença de alunos: como discutimos anteriormente, seus anseios são focados basicamente em realizar procedimentos clínicos e, portanto, possuem uma aversão natural à possibilidade de empregarem seu tempo de forma menos intervencionista.

Por fim, vale lembrar que as atividades de educação em si quase sempre implicam em custos com material, espaço e alocação de mão-de-obra adequada; é importante então conseguir alocar parte dos recursos do ambulatório de forma formal para que possam existir.

9.2.2.3 Medidores de processo

% de verba destinada para atividades de educação	
VE = verba para educação / verba total	
15	Se não houver uma destinação formal de verbas para programas de educação, não haverá como estabelecer formas de recompensa para quem participa deles nem haverá a garantia institucional de que elas serão realizadas.
% de alunos envolvidos em atividades educação	
= alunos que participam regularmente de alguma atividade / total de alunos	
16	Durante a realização de nossas reuniões ficou claro que a mão-de-obra mais indicada para ser enviada em "missões educacionais" a escolas, creches ou outros hospitais é a dos alunos. Os médicos são sempre muito ocupados; além disso, há a percepção de que os da "nova geração" teriam maior ímpeto para abraçar causas de caráter mais voluntário da medicina. Se as escolas da USP conseguissem driblar a resistência desses alunos, o HU seria uma fonte inesgotável de informação e de conscientização para o Butantã e para a própria USP.

Tabela 14 – Medidores de processo de atividades de educação.

(Elaborado pelo autor).

9.2.3 Condições de tratamento a grupos especiais (12) + Programas multiprofissionais para o atendimento de doenças crônicas (21)

O conceito de medicina hoje em dia tenta quebrar o paradigma de ser uma competência que se faz presente apenas para curar as patologias e problemas que já eclodiram entre os indivíduos da população. Esse critério avalia justamente as funções complementares que a medicina de hoje tenta incorporar: terapêutica, reabilitação de pessoas com a saúde já comprometida e realização de atividades que acompanhem a saúde sob um aspecto mais holístico⁶⁵ e abrangente.

Os dois critérios agrupados nesse item visam imprimir à medicina prestada pelo hospital essa nova natureza assistencial, de forma a atacar os problemas de alguns grupos especiais com as ferramentas mais apropriadas possíveis, tanto para os pacientes – que se beneficiam de um tratamento dinâmico e eficiente – quanto para o hospital – que por meio dos grupos desafoga a sua grade de atendimentos, liberando-a dos casos não-crônicos.

Doentes que sofrem de hipertensão (20% da população adulta brasileira)⁶⁶ constituem um grupo de pacientes com características bastante tradicionais: desde que façam um acompanhamento regular do problema, continuarão visitando seu médico até o fim de suas vidas. Por ser um grupo numeroso e facilmente controlável, estimula-se que os hospitais realizem visitas coletivas dos hipertensos, como uma dinâmica de grupo em que de 15 a 20 pessoas são consultadas ao mesmo tempo.

O valor estratégico que isso tem para o hospital é inestimável: ao agendar esses grupos, libera-se uma quantidade considerável de horários

⁶⁵ O enfoque holístico segue a teoria segundo a qual o homem é um todo indivisível, e que não pode ser explicado pelos seus distintos componentes (físico, psicológico ou psíquico), considerados separadamente.

⁶⁶ <http://www.saude.gov.br/biblioteca/campanhas/2001/hipertensao/hipertensao.htm>

para as outras patologias que precisam ser tratadas em separado. Para o doente, por sua vez, o grupo é um meio de troca de informações, dicas ou simplesmente uma fonte de reconforto para quem sofre as agruras da hipertensão.

Assim como a hipertensão, outra doença crônica é a diabetes, uma vez que não tem cura e requer também controle para o resto da vida. Por ser uma patologia mais séria, merece abordagem mais complexa, em que a presença de outros profissionais como nutricionistas e psicólogos traria benefícios valiosos para o grupo de diabéticos.

Por fim, há doenças de caráter ainda mais delicado para as quais a formação de grupos especiais que recebam o apoio de vários profissionais é muito impactante: portadores do vírus HIV e pessoas com câncer, por exemplo, encontrariam nesse grupo não só as complexas orientações médicas de que precisam, mas também o ambiente de apoio psicológico e emocional fundamental para sua condição.

Vale lembrar que se a ocorrência dos grupos é desejável, a sua eficácia em atender os objetivos a que se propõem é mais desejável ainda, para que não se tornem meras formalidades irrelevantes dentro dos serviços oferecidos pelo hospital.

9.2.3.1 Medidores de resultado associados

Número de visitas em atividades de grupo	
17	V = Pacientes-dia em atividades em grupo no trimestre
	Mede-se com esse índice a quantidade de presenças em atividades de grupo ocorridas em cada um dos trimestres do ano.

Multiprofissionalidade oferecida aos grupos	
	MP = número de profissionais de cada especialidade usada nos grupos / visitas realizadas pelos pacientes (no trimestre)
18	Com esse indicador conseguimos acompanhar o quanto o ambulatório está tornando disponível a presença de nutricionistas, clínicos, enfermeiras. Quanto maior o indicador, maior o número de pessoas a que está sendo levada a presença daqueles profissionais. Há um limite superior em que o aumento desse indicador passa a ser indesejável (superlotação das sessões), mas o hospital ainda não sabe determinar qual esse limite seria.
Taxa de intercorrências entre freqüentadores dos grupos	
	TI = número de pacientes que deixam de freqüentar os grupos / número total de pacientes atendidos pelo menos uma vez em grupo (no trimestre)
19	Há dois motivos para o paciente deixar de freqüentar o grupo e voltar para os atendimentos pessoais: seu estado de saúde piora e ele passa a necessitar de um atendimento especial, ou ele simplesmente não se satisfaz com a ida aos grupos. Em ambos os casos o grupo está sendo ineficaz, pois deve garantir que a saúde de todos mantenha-se estável e deve ser agradável o suficiente para conquistar a fidelidade de seus pacientes.

Tabela 15 – Medidores de resultado de atividades em grupo.

(Elaborado pelo autor).

9.2.3.2 Fatores que influenciam nos resultados

A intensificação do atendimento aos grupos especiais de pacientes não exige um aumento nos recursos disponíveis para o ambulatório; do contrário, proporciona uma grande economia de mão-de-obra e, portanto, sua implantação é pouco restringida pelo ambiente.

Para que esses serviços ocorram, é necessário que tanto os médicos quanto os nutricionistas, as enfermeiras e os psicólogos envolvidos tenham em sua grade horária uma abertura formal para se dedicar aos grupos.

A presença de alunos é de novo bastante útil: doenças crônicas tendem a receber tratamentos padronizados e pouco complexos. À exceção de pacientes com câncer e portadores do vírus HIV, os tratamentos são simples o bastante para ficar sob responsabilidade de residentes, que poderiam ser mais facilmente alocados.

9.2.3.3 Medidores de processo

Liberação de agenda para a realização dos grupos	
	LA = horas destacadas para atividades em grupo / horas totais de mão-de-obra do ambulatório
20	Se não houver a formalização da realização das atividades em grupo elas correm o sério risco de não correr. O ambulatório, portanto, deve separar pessoas e horários de suas agendas a serem remunerados segundo a realização dessas atividades. Assim tenta-se garantir o compromisso formal com a sua realização, ao mesmo tempo que se restringe as agendas dos médicos para não serem tomadas por outras atividades.

9.2.4 Precauções e rotinas padronizadas (13) + rotinas documentadas (17)

Os dois itens acima possuem uma relação clara de complementação: enquanto o item 13 tenta verificar se o hospital tem um mínimo de padronização em suas atividades, o item 17 certifica-se de que essa padronização é garantida por meio de rotinas efetivamente documentadas às quais os profissionais da saúde tentem se ater.

9.2.4.1 Medidores de resultados associados

Uma das maiores reclamações que ouvimos dos funcionários do hospital refere-se a esse critério: por ser um ambiente em que os processos têm uma variabilidade muito grande, a falta de rotinas torna-se um catalisador que faz com que as operações do hospital deixem de ter integração e de coordenação.

Apesar disso, como já mencionamos no item 4.2.2, realizar um levantamento de todas as rotinas que existem no ambulatório e tentar catalogá-las, forçando um padrão comum em todas elas, é uma tarefa impossível e de certa forma até desaconselhável: o tipo de serviço hospitalar é aquele em que se precisa haver autonomia de procedimentos.

A medicina é uma ciência em que o controle da variabilidade deve ser feito por meio da divulgação de valores, práticas, compartilhando-se uma cultura em comum que norteie a postura de cada médico e por meio de interferências no ambiente em que ocorrem; impor práticas e procedimentos “de baixo para cima” costuma não só ter pouco efeito de padronização como ainda por cima atrapalha a dimensão dinâmica da medicina.⁶⁷

Segundo os próprios médicos, entretanto, uma condição é imprescindível: deve haver rotinas regulando as interfaces entre os clientes internos do serviço como, por exemplo, nas relações médico-enfermeira, médico-SAME e enfermeira-laboratório.

O indicadores que evidenciam a ocorrências dessa padronização são:

⁶⁷ Opinião colhida junto a grande parte dos médicos durante as reuniões de trabalho realizadas.

% de interfaces documentadas	
ID = número de trâmites definidos em documento / número de trâmites totais	
21	Toda vez que um médico pede um exame, requisita um prontuário, encaminha um paciente para a sala de enfermaria ocorre uma interface em que os personagens envolvidos devem saber muito bem quais devem ser os seus papéis para que o processo como um todo se encaixe. É possível levantar todas essas interfaces e, por meio de reuniões entre os envolvidos, chegar a acordos que as padronizem, montando-se um manual que sirva de referência para a conduta de todos.

Tabela 16 – Medidor de resultado da padronização de rotinas.

(Elaborado pelo autor)

9.2.4.2 Fatores que influenciam

A grande contingência para a adoção de rotinas reside, como mencionamos, na natureza do serviço hospitalar. Há, entretanto, alguns outros fatores dos quais pode depender a sua implantação:

- A disciplina de médicos e enfermeiros em se comprometer a adotar as rotinas estabelecidas em pró do hospital como um todo, mesmo que isso implique na realização de atividades que não considerem atraentes (como preencher fichas de acompanhamento);
- A disposição do hospital em tirar o excesso controle que reside nas mãos dos funcionários do *front office*, por meio de mecanismos de monitoramento que porventura gerem insatisfações mas que garantam a coerência de comportamentos dentro do ambulatório.

Um outro imenso obstáculo à adoção de uma padronização documentada dos procedimentos reside na própria cultura da organização:

se tudo funcionou de forma razoável até agora, sem uma utilização mais intensiva de normas, por que deveria ser diferente? Elaborar essas normas torna-se tão difícil quanto cumpri-las depois de prontas.

9.2.4.3 Medidores de processo

Reuniões mensais para a definição de normas	
= número de reuniões realizadas com o propósito de definir normas / mês	
21	A melhor forma de superar as barreiras que existem entre as interfaces dentro do hospital é colocando-as em contato umas com as outras para que cheguem a acordos em comum sobre como vão se relacionar. Esses acordos, por sua vez, só podem acontecer se houver uma comunicação efetiva entre os personagens envolvidos, e reuni-los torna-se uma das formas mais fáceis de motivá-los a não só desenvolver essa comunicação mas também de evitar uma postura isolacionista dentro do sistema.

Tabela 17 – Medidor de processo para padronização de rotinas.

(Elaborado pelo autor).

9.2.5 Manutenção preventiva dos equipamentos

9.2.5.1 Medidores de resultado associados

A maioria dos equipamentos complexos que o ambulatório possui está localizada na área de cirurgias ambulatoriais e, portanto, é nesse setor que a manutenção preventiva tem maior importância (inclusive porque a parada de qualquer equipamento durante uma cirurgia pode ter consequências gravíssimas para o paciente).

Todo o hospital é servido pelo setor de manutenção, que centraliza as atividades corretivas e preventivas de seus equipamentos e instalações.

Para garantir que as atividades preventivas, particularmente, estejam correndo da forma satisfatória, precisa-se verificar:

Taxa de equipamentos vistoriados no mês	
22	$\text{TEV} = \frac{\text{número de equipamentos vistoriados}}{\text{número total de universo de equipamentos que necessitam de vistoria (mês)}}$ Indica a velocidade com que o setor de manutenção consegue realizar a manutenção preventiva dos equipamentos.
Ciclo de vistoria	
23	Ciclo = intervalo médio entre vistorias Embora cada equipamento deva receber um ciclo particular de revisões, ao observar a média geral o administrador consegue identificar com que frequência os equipamentos do ambulatório como um todo estão sendo revistos. Qualquer alteração nesse índice deve ser investigada, para que se garanta um ponto ótimo de prevenção.
Taxa de quebras de equipamento durante a operação	
24	$\text{TQ} = \frac{\text{equipamentos quebrados}}{\text{total de equipamentos / mês}}$ Uma boa manutenção preventiva deveria evitar a quebra de equipamentos. Essa taxa deve ser observada como um reflexo direto da qualidade da prevenção que está sendo realizada.

Tabela 18 – Medidores de resultado da manutenção preventiva.

(Elaborado pelo autor)

9.2.5.2 Fatores que influenciam

Um arquivo do histórico se faz necessário, pois facilita reparos por guardar informações daquilo que já se fez. A existência de uma equipe que conheça bem os equipamentos e seja competente também é muito importante para a operação de manutenção. Além disso, treinamento e padronização das rotinas e procedimentos para utilização dos equipamentos evita quebras por mau uso e aumento a sua vida útil.

9.2.5.3 Medidores de processo

% de tempo destinado para manutenção preventiva	
= tempo destinado para manutenção preventiva / tempo total gasto com manutenção	
25	O ideal é fazer com que os funcionários da manutenção passem mais tempo prevenindo os problemas do que corrigindo as falhas que efetivamente se consomem. Monitorar o tempo de mão-de-obra gasto com operação preventivas, e forçar esse tempo a ser cada vez maior, gera um ciclo de melhoria cujos fruto será uma quantidade cada vez menor de quebras imprevistas.

Tabela 19 – Medidor de processo para manutenção preventiva.

(Elaborado pelo autor).

9.2.6 Equipe médica adequada no local de funcionamento para o atendimento de consultas⁶⁸

9.2.6.1 Medidores de resultado associados

O agendamento de consultas é realizado com base tanto na percepção que a administração tem da capacidade de atendimento do ambulatório quanto do *mix* de casos que ela deseja atender.

Esse sistema, entretanto, pode ocasionar alguns problemas: o agendamento definido pode não ser cumprido por falta de médicos e/ou pessoal adequado na data marcada para consulta. Além disso, não há

⁶⁸ No item 9.2.1 analisamos os fatores que influenciam na disponibilidade de horários para a demanda. Ou seja, dada uma determinada capacidade produtiva considerada realizável, o que interfere no seu cumprimento. Nesse item, estamos analisando a capacidade produtiva em si, em qualidade e quantidade, de forma que um bom desempenho nele permitirá um maior espaço de agendamento no item que se refere à disponibilidade de horários.

nenhuma garantia de que o agendamento está refletindo a capacidade produtiva ótima que o hospital teria condições de apresentar caso se funcionasse com graus conhecidamente altos de eficiência.

Uma das premissas do trabalho, como mencionamos na definição do seu escopo, é garantir que os critérios sejam atendidos em uma situação de aproveitamento ideal dos recursos. Se o hospital, por exemplo, duplicar seu quadro de médicos muito provavelmente conseguiria atender a todas as consultas marcadas; o objetivo do trabalho, porém, não seria atingido.

Deve-se, portanto, garantir que os casos que passem no agendamento sejam devidamente atendidos dentro de uma **organização produtiva e idealmente eficiente**.

Os seguintes indicadores refletem essa situação:

Taxa de perda de consultas por ausência de médicos	
26	CP = consultas não realizadas por ausência de médico / número total de consultas marcadas (no mês) Um indicador básico, verifica se o absenteísmo dos profissionais não está minando a capacidade de produção do ambulatório.
Taxa de atraso médio por consulta	
27	TA = atraso total em minutos / número de consultas realizadas (no mês) Espera-se que as consultas sejam realizadas dentro dos horários marcados, e quanto mais o paciente tiver que esperar para ver seu médico menos o ambulatório está sendo eficiente em atendê-lo.
Alocação de tempo por consulta	
28	DM = tempo total de presença do médico no hospital / consultas realizadas por ele Esse indicador demonstra quanto do tempo que o médico está alocando para o hospital – e pelo qual ele está sendo pago – está sendo revertido em consultas efetivas.

	Receita média aparente por médico por consulta no mês
	RM = Receita aparente gerada pelo médico / número de consultas
29	Para conseguir medir a produção de cada médico ponderada pela complexidade dos casos que atende e procedimentos que realiza, pode-se utilizar como referência o preço médio pago pelo SUS para cada procedimento; dessa forma, consegue-se identificar qual a receita "aparente" que este médico está gerando, o que é uma forma indireta de medir a sua produção.
	Consultas/consultório/dia
30	CP = consultas não realizadas por ausência de médico / número total de consultas marcadas (no mês)
	Avalia o nível de atendimento dentro do ambulatório levando em conta a sua capacidade de salas instalada, que não deve ser subutilizada.
	Cirurgias/salas cirúrgicas/dia
31	CP = consultas não realizadas por ausência de médico / número total de consultas marcadas (no mês)
	Da mesma forma que os consultórios, uma sala cirúrgica vazia é sinônimo de um grande investimento em equipamentos e mão-de-obra ocioso, que o hospital deve evitar a qualquer custo.

Tabela 20 – Medidores de resultado de atendimento hospitalar.

(Elaborado pelo autor)

9.2.6.2 Fatores que afetam os resultados

A execução das atividades pela equipe médica, com seus conseqüentes resultados para o paciente, traz valor estratégico para o hospital na medida em que propicia a satisfação de sua função assistencial. Os médicos, entretanto, dependem de uma série de condições para que sua presença no ambulatório reverta-se nos resultados esperados.

O escalonamento desses profissionais, por exemplo, é umas das principais funções que interfere em suas atividades. A definição do número

de médicos de cada especialidade é primordial para a otimização do consumo de mão-de-obra, evitando desperdício e realocando os profissionais para as especialidades mais demandadas. A falta de médicos, de alunos ou dos demais funcionários, portanto, contribui para dificultar a execução da produção desejada de atendimentos. Consultas desmarcadas, atrasos, etc., geram morosidade e tempo perdido.

Além disso, a administração dos recursos disponíveis nos chamados serviços de apoio como enfermagem, lavanderia, limpeza, manutenção, CPD, etc., também é importante uma vez que esses serviços são essenciais para que os médicos presentes consigam realizar seu trabalho. A competência, experiência, especialização dos profissionais envolvidos no hospital é também um fator que influencia diretamente no andamento das operações.

O sistema de informações e fluxo de dados pelo hospital entre os departamentos, por sua vez, é um recurso crítico que tem que ser agilizado ao máximo. A demora nesse fluxo de informações significa tempo perdido e, conseqüentemente, a impossibilidade de cumprir com a produção eficiente almejada.

Rotinas escritas de atendimento e procedimentos são um recurso crítico, principalmente em hospitais escola, uma vez que profissionais não tão experientes estão presentes e podem emperrar os sistema se não encontrarem respaldo necessário em casos inusitados.

A presença de alunos também altera a dinâmica de atendimentos, provocando atrasos intencionais para que se consiga dar aos residentes a chance de testemunhar e participar dos procedimentos realizados.

A falta de materiais é um outro fator que pode prejudicar a prática da medicina; aliados a ela há ainda obstáculos oriundos das interdependências funcionais a que o ambulatório se submete (um médico pode ficar impedido

de atender um paciente se houver demora do laboratório em executar seu exame de sangue, por exemplo).

Por fim, o setor de manutenção também gera dependência. Equipamentos parados por falta de manutenção não poderão ser utilizados, retardando processos e prejudicando tratamentos.

9.2.6.3 Medidores de processo

Grande parte dos critérios do Processo de Acreditação já monitora os fatores que interferem nas atividades dos médicos: manutenção, disponibilidade de materiais e rotinas escritas, por exemplo, são separadamente exigidos durante a avaliação.

Para complementar os requisitos exigidos nesse critério, temos que estabelecer um controle explícito da mão-de-obra, representado pelos indicadores a seguir:

Satisfação do funcionário	
	Pesquisas internas que levantem o nível de satisfação médio dos médicos e enfermeiras do HU, em uma escala que varie de 1 (pouco satisfeito) a 5 (muito satisfeito) em trabalhar no hospital.
32	A satisfação do funcionário é um fator importante, mas muitas vezes esquecido, na composição da qualidade de serviço prestada. Por diversos mecanismos, alguns até mesmos intangíveis e subjetivos, essa satisfação interfere em toda a dinâmica do sistema, e portanto deve ser constantemente acompanhada.

Índice de rotatividade	
33	IR = número de demissões (desligamentos) / total de funcionários (por trimestre)
	Funcionários satisfeitos tendem a permanecer com a organização. Quanto menor o índice de rotatividade mais provavelmente os médicos estão satisfeitos com as condições em que trabalham.

Tabela 21 – Medidores de processos de atendimento hospitalar.

(Elaborado pelo autor).

9.2.7 Infra-estrutura adequada*9.2.7.1 Medidores de resultado associados*

O objetivo principal desse critério é garantir que o ambulatório seja dotado de equipamentos e de um projeto físico que atenda às demandas do seu perfil assistencial. Além disso, uma infra-estrutura adequada também é aquela que não está em excesso: tanto espaço físico quanto instrumentos têm um alto valor agregado e, ao não serem utilizados, tornam-se um ativo fixo improdutivo.

Para verificar se a infra-estrutura disponível no ambulatório não está nem acima nem abaixo dos padrões necessários, elaboramos os seguintes indicadores:

Casos não atendidos por falta de infra-estrutura	
	CAN = pacientes rejeitados por falta de infra-estrutura / pacientes totais (ano)
34	Esse indicador não deve ser analisado sob a perspectiva de que o ideal é atingir 0%. Muito pelo contrário: o hospital pode (e deve) escolher o foco de seus atendimentos e portanto em que equipamentos deve investir. A utilidade correta desse indicador, portanto, é simplesmente a de mostrar em que nível de complexidade o hospital está situado. Se esse nível é bom ou ruim, dependerá daquilo que o hospital estabeleceu como objetivo.
Casos não atendidos por falta de infra-estrutura obrigatória	
	= pacientes rejeitados mas que deviam ter sido atendidos / pacientes totais (ano)
35	Entre os pacientes rejeitados por não haver infra-estrutura disponível para atendimento, alguns deles pertencem a grupos que o ambulatório já decidiu ser necessário ou desejável atender. Se não foram atendidos, está acontecendo um erro grave de definição de foco assistencial, desacompanhado de investimentos em infra-estrutura apropriados.
Atendimentos sobre o ativo empregado	
	CAT = número de consultas que utilizaram um equipamento / valor de mercado do equipamento (ano)
36	A grande utilidade desse indicador está em acompanhar o grau de utilização de seus equipamentos mais caros frente a outros hospitais que talvez consigam imprimir um ritmo de uso maior que o do HU sobre seus ativos.

Tabela 22 – Medidores de resultado da infra-estrutura.

(Elaborado pelo autor).

9.2.7.2 Fatores que influenciam os resultados

Os recursos críticos são exatamente os equipamentos disponíveis em todos os ramos de atividade do hospital para a realização das atividades. A falta de mão de obra especializada, entretanto, pode ser um empecilho para

a utilização de equipamentos mais modernos ou também para a adoção de técnicas mais atuais.

Para que o HU não fique desatualizado e invista seus recursos no que houver de melhor em infra-estrutura segundo suas pretensões assistenciais, os administradores devem ter acesso constante a informações sobre novos equipamentos e tecnologias presentes. No entanto, a falta de recursos tem poder para frear qualquer boa idéia que o ambulatório possa ter, e torna-se uma das maiores restrições do ambiente.

Como não basta haver capacidade sem disponibilidade máxima para sua utilização, também é muito importante que o hospital divulgue entre a comunidade os tratamentos que oferece, conseguindo assim demanda para mantê-los constantemente em uso.

A equipe de manutenção tem um papel fundamental em permitir que a infra-estrutura instalada gere o máximo de benefícios possíveis, enquanto o Conselho Deliberativo do hospital é quem tem responsabilidade efetiva pela injeção de capital capaz de incrementar a capacidade existente.

9.2.7.3 Medidores de processo

	Investimento em novos equipamentos
37	R\$ investidos em compra de equipamentos
	O capital que é empregado por unidade de tempo (ano ou semestre) na atualização (troca ou nova aquisição) de equipamentos.

38	Tempo médio para implantação de uma nova tecnologia
	= tempo que possui um determinado equipamento / tempo de existência do equipamento no mercado
	O tempo médio gasto para que uma nova tecnologia que passa a ser utilizada em hospitais de ponta, para que essa seja também empregada no HU.

Tabela 23 – Medidores de processo para a infra-estrutura.

(Elaborado pelo autor).

9.3 Implantação dos indicadores definidos

Em nossas reuniões com a direção do hospital pareceu-nos claro que seria um grande erro descentralizar o controle sobre a implantação dos medidores criados: houve um consenso de que *"se não houver uma pessoa específica encarregada de produzir ou pelo menos cobrar a produção desses medidores"* nossa iniciativa se perderia (junto com tantas outras que já foram tentadas no hospital).

Para não correr esse risco, a solução encontrada foi utilizar a própria mão-de-obra estudantil que o HU emprega, tornando-a responsável pela coleta de informações e pelo cruzamento dos dados que gerem os índices: A Assessoria Técnica Administrativa do hospital conta com estagiários que estudam Administração Hospitalar e que são os indivíduos mais indicados a possuir esse tipo de função.

Praticamente todas as informações de que necessitam os medidores que criamos já estão disponíveis, seja no sistema do SAME, nos prontuários ou simplesmente nos controles internos do hospital, não havendo assim a necessidade de projetar novas bases de dados. O desafio, então, recai sobre a necessidade de fazer a coleta dessas informações e, noutra instância, cobrar das pessoas, que hoje em dia já são responsáveis por

registrá-las, a disciplina e a precisão necessárias para garantir aos indicadores o nível desejável de fidelidade.

Dessa forma, utilizando uma estrutura relativamente simples e empregando uma mão-de-obra abundante (os alunos), conseguimos garantir que, o que está sendo sugerido nesse Trabalho de Formatura, tenha probabilidade maior de ser implantado do que se tentássemos espalhar esforços paralelos por todo o hospital.

A validação do sistema de indicadores, por sua vez, ficará facilitada pela ação de pessoas qualificadas, que constantemente os calcularão e interpretarão. Com isso estimulamos que ocorra aquela postura crítica e dinâmica, já mencionada anteriormente, como fundamental para manter qualquer sistema de medição adequado e atual.

O comprometimento necessário para manter o sistema de indicadores constantemente alimentado, por sua vez, seria muito mais fácil de se controlar quando atribuído a um grupo de alunos. Parece-nos razoável admitir que com eles haveria uma postura muito mais engajada do que a que seria observada caso isolássemos a responsabilidade de cada grupo de indicadores a determinados departamentos; neste caso, a medição poderia virar um hábito mecânico, burocrático, em que cada departamento faria apenas a sua parte sem se preocupar efetivamente com as partes dos outros.

Assim, evitamos desperdiçar nossas recomendações, levando em conta que a cultura corporativa do HU parece ainda não conceber que iniciativas como essa, de medição de performance, sejam descentralizadas pelo hospital. Garantimos com a centralização, portanto, a viabilidade do projeto.

10 Critérios de projeto e os indicadores

Alguns dos critérios do Processo de Acreditação, como mencionamos anteriormente, dependem do projeto de novas funções a serem agregadas ao perfil de serviços atual do hospital.

Esse esforço de projeto, apesar de ter um caráter pontual, é tão passível de ser controlado com ferramentas de medição de performance quanto qualquer outra atividade operacional da empresa.

Os critérios cuja satisfação depende da criação de novas funções no projeto de serviços do hospital, e as respectivas funções que exigem, são (na ordem de prioridade em que foram avaliados):

P	It	Critério	Requisitos de projeto
1	27	Existem evidências objetivas de ciclos de melhoria com impacto sistêmico?	▪ Observar e analisar os impactos das decisões clínicas tomadas no ambulatório.
2	25	Existe sistema de informações baseado em taxas e indicadores específicos de assistência ambulatorial?	▪ Desenvolver indicadores para as atividades ambulatoriais (parcialmente contemplado pelo Trabalho de Formatura)
3	28	Existem programas assistenciais abrangentes (terapêutica e reabilitação)?	▪ Projetar uma modalidade de serviço que atenda aos pacientes que necessitam de reabilitação e de um acompanhamento mais próximo.
3	20	Existe sistema de análise crítica dos casos atendidos, melhoria técnica e controle de problemas?	▪ Criar cargo/setor que se responsabiliza por acompanhar o perfil de atendimento do ambulatório e os resultados por ele gerados.

P	It	Critério	Requisitos de projeto
4	16	Existe um sistema de informações ao paciente, pelo qual são esclarecidas todas suas dúvidas a respeito de retornos, preparo de exames, agendamento,...	▪ Centralizar informações cadastrais do paciente; ▪ Dispor essas informações em um sistema de fácil acesso; ▪ Capacitar o SAME para operar também essas informações.
5	18	Existe programa de educação e treinamento continuado?	▪ Definir recursos e responsabilidades para criar uma prática de reciclagem dos médicos.
6	26	É aferida a satisfação dos clientes internos e externos?	▪ Definir rotinas e procedimentos que aproveitem a presença do paciente para aferir sua satisfação.
7	22	Existe sistema de melhoria de processos e procedimentos visando a minimização de riscos e efeitos colaterais?	▪ Formalizar a realização de grupos de discussão em qualidade médica que analisem os indicadores ambulatoriais e proponham melhorias.
8	24	Existem procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?	▪ Definição de uma função de acompanhamento estatístico dos pacientes, destacando pessoas e recursos para aplicá-lo.
9	19	Existem grupos de trabalho para melhoria de processos assistenciais, integração institucional?	▪ Formalizar comissões que tenham o compromisso de permanentemente monitorar a integração dos processos do hospital.
10	11	No caso de existir serviço de cirurgia ambulatorial, a área é de circulação restrita?	▪ Alterar a geografia e a arquitetura do ambulatório para permitir maior segurança e controle de pessoal.

Tabela 24 – Critérios da Acreditação que implicam em projetos de novas funções.

(Elaborado pelo autor)



Nível I



Nível II



Nível III

O gerenciamento de um projeto é composto de três etapas básicas:

- *Planejamento*: especifica-se o trabalho ao mesmo tempo em que se descrevem os objetivos e prazos esperados; as tarefas são divididas em sub-tarefas que culminam com a realização do produto final;
- *Programação*: O projeto é quebrado em atividades individuais, alocáveis a pessoas ou empresas envolvidas em sua execução; custos e tempos são analisados de forma precisa;
- *Controle*: preocupa-se em garantir que todos os aspectos da implementação do projeto estejam sendo desenvolvidos de acordo com o tempo e o orçamento. Se isso não ocorrer, revise-se a programação para garantir que os objetivos do projeto sejam alcançados.⁶⁹

O caráter não-rotineiro dos projetos tende a fazer com que as organizações não se empenhem em executá-los, seguindo modelos usuais e repetitivos (uma exceção seria a manutenção periódica que as empresas aéreas realizam em suas aeronaves); geralmente cada projeto possui características novas que requerem atenção e abordagem personalizadas.

Há diversas técnicas criadas para fazer do gerenciamento de projetos uma tarefa mais administrável: gráficos de Gantt, diagramas PERT realizados com as técnicas de CPM, são alguns dos exemplos de ferramentas que tentam auxiliar os administradores principalmente na fase de *programação* do projeto. Mas, quanto ao controle do processo de projeto em si, como deve ser feito?

São quatro os passos básicos para criar medidores de desempenho em atividades de projeto:

⁶⁹ FITZSIMMONS J; FITZSIMMONS M. *Administração de Serviços*. Bookman, 2ª. edição, 2000, pp.190.

1. Definir que tipo de fatores como tempo, custo, qualidade e performance do produto final são críticos para satisfazer os objetivos escolhidos;
2. Mapear o envolvimento das funções internas que participarão dos esforços;
3. Identificar as tarefas e competências críticas para completar o projeto com sucesso;
4. Finalmente, criar medidas que monitorem essas tarefas e competências críticas.

Mais importante do que seguir os quatro pontos anteriores é dotar a equipe de projeto da capacidade de atuar no processo inteiro de desenvolvimento: só assim conseguirá identificar quais são os processos do projeto de que depende o seu próprio sucesso, ciente das interdependências e restrições que se abatem sobre eles.⁷⁰

O HU tem o hábito de empregar equipes de projeto na forma de comissões de estudo, uma herança direta do ambiente acadêmico em que desenvolve suas atividades. Para atender aos critérios que necessitam da elaboração de novas funções, não seria diferente: o ambulatório (sua direção) pretende criar equipes multidisciplinares com a missão de desenvolver para o ambulatório novos produtos que passarão a integrar o seu rol de serviços, internos e externos. A previsão, portanto, é de que cada critério seja separadamente atendido mediante os esforços das comissões que foram se formando.

Se a elaboração de medidores de desempenho pode contribuir com o ambulatório na medida em que auxiliaria no controle dos projetos que deve realizar, para alguns dos critérios esses medidores têm uma importância ainda maior: a própria atividade a ser planejada depende da existência de informações disponíveis que viabilizem a sua execução. Os critérios que se relacionam à realização de ciclos de melhoria com impacto sistêmico (27),

⁷⁰ Adaptado de MEYER C. op. cit., pp.100.

sistema de análise crítica dos casos atendidos (20) e sistema de melhoria de processos assistenciais (19), por exemplo, requerem, antes, que o ambulatório colha e qualifique as informações relevantes que vão alimentar as análises posteriores.

O trabalho não vai entrar na definição das funções necessárias para cada um dos critérios em si. Ao invés disso, auxiliaremos o ambulatório em duas frentes:

- Dotando-o de conhecimento para desenvolver indicadores apropriados que acompanhem a evolução dos resultados dos projetos;
- Munindo-o com alguns indicadores que alimentem as análises previstas por vários desses critérios que serão projetados.

10.1 Indicadores para acompanhar os projetos

Cada um dos itens da Acreditação que implicam no projeto de novas funções tem uma demanda específica. Em função disso, as medidas para monitorar os trabalhos das comissões responsáveis por eles tendem a ser também específicas quanto ao controle do produto de cada uma. Os processos, por sua vez, podem variar de comissão para comissão, dependendo das competências envolvidas e da natureza do projeto. Dessa forma torna-se impossível padronizar *medidas de resultado* e *medidas de processo* que possam servir para os projetos de todos os critérios

Segundo MEYER (1994), quando um grupo cria seu próprio sistema de medidas ele também constrói um espírito de time. Membros que vêm de setores diferentes acabam, por exemplo, desenvolvendo uma linguagem em comum ao se orientarem pelos mesmos indicadores de performance. Sem isso, nenhum grupo consegue atingir uma definição comum de objetivos e problemas, passando a ser apenas um agrupamento descoordenado de funções.

Em um primeiro passo, as comissões devem desenvolver um plano de trabalho que sirva como uma mapa de processo para as tarefas críticas e as competências necessárias para completar o projeto. **O segundo passo** é ter certeza que todos entendem os objetivos das comissões da mesma forma para evitar que incongruências apareçam no decorrer do projeto.

Depois que os objetivos são confirmados, cada membro da comissão deve apontar quais são as medidas que, em sua opinião, seriam efetivas para monitorar a sua área (**terceiro passo**). Essas medidas devem ser apresentadas para todos os integrantes da comissão e o grupo então descartará aquelas que achar pouco úteis. Na definição de quais medidores serão utilizados, deve-se levar em conta três critérios:

- Os objetivos críticos da comissão estão monitorados?
- As variáveis críticas requeridas para se atingir esses objetivos são monitoradas?
- Há alguma medida que não levaria a comissão a alterar o seu comportamento? (que seria portanto uma medida irrelevante)

Ao iniciar suas operações propriamente ditas, os membros da comissão devem reavaliar constantemente os medidores adotados, já que não é incomum que haja uma mudança de prioridades no decorrer de seus trabalhos, a qual deverá ser refletida em um novo conjunto de medidores que se adequem à nova realidade.

Com as recomendações acima, espera-se dar às administradoras condições de sistematizar o processo que as comissões vão usar para criar seus próprios medidores de performance. Algumas medidas vão, com o passar do tempo, mostrar-se mais frequentes a todas as comissões, mas nem por isso deve-se achar que sua utilização deva ser recomendada em todos os trabalhos. Cada caso é um caso, cabendo à administração compreender e respeitar esse fato.

10.2 Indicadores para alimentar análises sugeridas

Para que consiga realizar algumas análises críticas, o hospital precisa ter dados precisos sobre as ocorrências a que atende, assim como identificar as tendências que esses dados apresentam. Muitos desses dados são indicadores ambulatoriais, típicos da atividade médica, que traçam um perfil técnico da sua operação.

Há um horizonte praticamente ilimitado dos cruzamentos de dados que um hospital pode fazer, desde o acompanhamento da efetividade do uso de alguns remédios até a determinação da evolução epidemiológica da comunidade em que se insere, o ambulatório pode realizar diversos estudos, dependendo do grau de detalhamento que busca em sua análises.

Dentro do Processo de Acreditação, entretanto, exige-se um grupo mínimo de análises que dêem ao hospital condições de acompanhar a qualidade da medicina praticada bem como garantir que o ambulatório adote sempre uma postura de comprometimento em manter essa qualidade constantemente controlada e otimizada.

As análises que se espera que o ambulatório seja capaz de realizar para conseguir ser acreditado estão contidas nos seguintes critérios:

P	It	Critério
1	27	Existem evidências objetivas de ciclos de melhoria com impacto sistêmico?
2	25	Existe sistema de informações baseado em taxas e indicadores específicos de assistência ambulatorial?
3	20	Existe sistema de análise crítica dos casos atendidos, melhoria técnica e controle de problemas?
7	22	Existe sistema de melhoria de processos e procedimentos visando a minimização de riscos e efeitos colaterais?

P	It	Critério
8	24	Existem procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?
9	19	Existem grupos de trabalho para melhoria de processos assistenciais, integração institucional?

Tabela 25 – Critérios relativos à realização de análises.

(Elaborado pelo autor).

Como já mencionamos anteriormente, os critérios acima dependem do estabelecimento de funções, responsabilidades e capacidades dentro do ambulatório para que esse incorpore em sua estrutura pessoas que gerem as análises exigidas. Depois de realizado esse trabalho de agregação de novas funções ao ambulatório, entretanto, essas análises deverão ser alimentadas, e é nesse aspecto que o Trabalho de Formatura pretende se encaixar.

Os indicadores hospitalares básicos que devem ser levantados para que se consiga realizar com eficácia as análises propostas pela Acreditação são (de acordo com um consenso observado entre os médicos durante uma de nossas reuniões):

Indicadores de Saúde da Comunidade
Taxa de incidência
Taxa de prevalência
Taxa de letalidade
Taxa de mortalidade geral
Taxa de mortalidade infantil
Taxa de mortalidade infantil tardia
Taxa de mortalidade neonatal
Taxa de mortalidade materna
Taxa de natimortalidade

Indicadores de Produção
Número de atendimentos
Número de internações
Lista de espera e tempo de espera
Pacientes-dias
Taxa de ocupação hospitalar
Taxa de necropsia
Números de cirurgias e partos
Rendimento/concentração
Indicadores Hospitalares de Qualidade
Taxa bruta de infecções
Taxa de cesáreas
Taxas de cirurgias desnecessárias
Taxa de indicação hospitalar (geral, sistêmica, respiratória, urinária...)
Taxa de mortalidade geral hospitalar
Taxa de mortalidade institucional
Taxa de mortalidade materna hospitalar
Taxa de mortalidade operatória
Taxa de mortalidade pós-operatória
Taxa de mortalidade por anestesia
Taxa de mortalidade transoperatória
Taxa de remoção de tecidos normais

Tabela 26 – Indicadores para análise das atividades ambulatoriais.

(Adaptado do *Indicadores de Qualidade e Quantidade em saúde*, Olímpio Bittar, Revista de Administração em Saúde, vol.3, n.12, julho-setembro/2001).

Os indicadores acima são a base para praticamente todas as análises que o Processo de Acreditação exige que o ambulatório se estruture para realizar. Caberá a cada uma das comissões de estudo definir quais indicadores são mais relevantes para as atividades que estiverem especificamente projetando, assim como de que maneira esses indicadores serão produzidos (quem serão os responsáveis por eles).

11 Conclusões

Com esse Trabalho de Formatura buscamos fornecer para o ambulatório do Hospital Universitário da USP a oportunidade de conseguir, pelo menos em um grau maior que o atual, acompanhar as atividades que serão exigidas dele quando o Processo de Acreditação tornar-se obrigatório.

Essa iniciativa de o hospital se adiantar à obrigatoriedade do Processo só poderia ser objetivamente iniciada se antes conseguisse passar a enxergar as suas atividades com dados que fossem além da tradicional abordagem contábil dada aos negócios.

Ao aplicar os indicadores definidos para os critérios que mais necessitam de controle, o ambulatório dará um passo importante no desenvolvimento de capacidade concreta para gerir suas atividades e seus recursos com a finalidade de oferecer um serviço de grande qualidade para os pacientes que o freqüentam.

Além disso, seguindo as orientações do trabalho, o ambulatório conseguirá administrar melhor aquelas atividades de projeto que deverá promover para definir funções e responsabilidades que cumpram com o que a Acreditação estipula. Seus grupos de estudo, na forma das comissões, terão não só melhores condições de controlar o andamento de suas atividades como também serão contemplados com alguns medidores ambulatoriais que certamente serão úteis em muitas das funções analíticas que irão estruturar.

Por fim, esse trabalho deu ao ambulatório (e de certa forma, a todo o hospital) a oportunidade de se analisar como um todo, um sistema integrado de recursos que deve ser planejado e administrado como um organismo em que as interdependências refletidas pelos indicadores podem ser críticas para o futuro da organização.

As barreiras superadas, em se conseguindo tal tipo de conscientização, podem em muitos casos ter mais valor que os próprios indicadores, criando um hospital mais coeso, que saiba que a integração entre os mais diversos setores que o integram pode ser mais vital do que pareça.

12 Bibliografia

BITTAR, Olimpio J. N. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares, Revista Saúde Pública, v. 30, 1996 p. 53-60

BITTAR OLÍMPIO. Produtividade em Hospitais, Tese de livre docência, São Paulo, 1994.

BORBA, Gustavo S. Pesquisa conhecimento e viabilidade da utilização de simulação computacional nos hospitais da região metropolitana de Porto Alegre, Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.

BROWN S. A. Total Quality Services: how organizations use it to create a competitive advantage, Prentice Hall, Ontario, 1992.

CAMP ROBERT, TWEET ARTHUR, Benchmarking Applied to Health Care, Journal on Quality Improvement, v.20, n.5, 1994.

CAMPBELL BRUCE. Benchmarking: A performance intervention tool, Journal on Quality Improvement, v.20, n.5, 1994.

FITZSIMMONS J; FITZSIMMONS M. Administração de Serviços. Bookman, 2ª. edição, 2000, pp.190.

FUSARO, JOSÉ. Rede de Indicadores de Performance para uma Indústria de Lapidção e Planificação, Trabalho de Formatura, São Paulo, 2000.

GIANESI, I.G.N.; CORRÊA H.L. Administração Estratégica de Serviços, São Paulo, Ed. Atlas, 1994.

KAPLAN ROBERT. Yesterday's Accounting Undermines Production, Harvard Business Review, maio-junho/1994, p.100.

KINGMAN-BRUNDAGE, J. International Journal of Service Industry Management, vol.2, no.3, 1991, p.47-59.

LONG M. I.W. Were hospitals selective in their product and productivity changes? Health Serv. Res., v.24, p.615-641, 1989.

McMANIS GERALD. Reinventing the system, Hospital & Health Networks, p.42, 1993.

MEYER C. How the right measures help teams excel, Harvard Business Review, maio-junho/1994, p.100.

NOVAES HUMBERTO. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998

PERRIN E.B. Health Performance Measurement in the Public Sector, National Academy Press, Washington, D.C., 1999.

SLACK et al. Administração da Produção, São Paulo, Ed. Atlas, 1997.

SHOSTACK G. L. Designing Services that Deliver, Harvard Business Review, janeiro-fevereiro/1984, pp.133-139.

TEBOUL, JAMES. Managing Quality Dynamics. Wiltshire, London, Prentice Hall, 1991.

ZERE EYOB. Hospital Efficiency in Sub-Saharan Africa, United Nations University, 2000.