

CONDICIONANTES INTERNOS E EXTERNOS DA ATIVIDADE DO HOSPITAL-EMPRESA

Por:

Ernesto Lima-Gonçalves

RAE-eletrônica, Volume 1, Número 2, jul-dez/2002.

<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=980&Secao=HOSPITALAR&Volume=1&Numero=2&Ano=2002>

©Copyright, 2002, RAE-eletrônica. Todos os direitos, inclusive de tradução, são reservados. É permitido citar parte de artigos sem autorização prévia desde que seja identificada a fonte. A reprodução total de artigos é proibida. Os artigos só devem ser usados para uso pessoal e não-comercial. Em caso de dúvidas, consulte a redação: redacao@rae.com.br.

A RAE-eletrônica é a revista on-line da FGV-EAESP, totalmente aberta e criada com o objetivo de agilizar a veiculação de trabalhos inéditos. Lançada em janeiro de 2002, com perfil acadêmico, é dedicada a professores, pesquisadores e estudantes. Para mais informações consulte o site www.rae.com.br/eletronica.

RAE-eletrônica

ISSN 1676-5648

©2002 Editora: Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo.



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS



Escola de Administração
de Empresas de São Paulo

CONDICIONANTES INTERNOS E EXTERNOS DA ATIVIDADE DO HOSPITAL-EMPRESA

ERNESTO LIMA-GONÇALVES

Professor Titular da Faculdade de Medicina da USP e Ex-Diretor do PROAHSA/FGV.

Email: ernesto@usp.br

RESUMO

São apresentados os fatores internos e externos condicionantes da atividade do hospital, sempre considerado como uma empresa, bem como a adequação que a organização precisa desenvolver para superá-los. Os condicionantes são agrupados em tres conjuntos, os ambientais, os estruturais e os funcionais. No primeiro conjunto, referente ao ambiente externo em que o hospital se situa, figuram a presença do Estado e a importância do marketing. No segundo grupo, de condicionantes estruturais, são identificados o modelo estrutural, os critérios de avaliação externa e a demanda usuário-dependente. No terceiro conjunto figuram os condicionantes funcionais: o modelo administrativo, o financiamento das atividades, o sistema de informatização, a capacitação dos funcionários e o compromisso do hospital-empresa com o controle de qualidade.

ABSTRACT

Conditioning factors on hospital operation – external and internal ones – are analysed. In any manner hospital must be always considered as an enterprise in its operation. In a first group, of external factors, government position in front of hospital is considered. In the same group, marketing relevance in hospital operation is examined. In a second group, of structural pattern, external evaluation standards and attending demands of patient needs are examined. Functional factors are presented in third group and include administrative pattern, activities funding, hospital informatization system, employees abilities development and hospital engagement in quality control in its operation.

PALAVRAS-CHAVE

Administração hospitalar, condicionantes de atividade, marketing hospitalar, critérios de avaliação externa, informatização no hospital.

KEY-WORDS

Hospital administration, activity conditioning factors, hospital marketing, hospital external evaluation, hospital informatization.

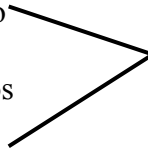
INTRODUÇÃO

A atividade das empresas - aí incluindo-se naturalmente os hospitais, que precisam indiscutivelmente se enquadrarem nos modelos da administração empresarial, com vistas à sua própria sobrevivência - é condicionada por uma série de fatores que integram o meio ambiente em que elas desenvolvem suas atividades. A referência aqui volta-se menos para o ambiente físico, correspondendo a condições climáticas, nível de poluição, disponibilidade de recursos hídricos, entre outros, mas refere-se principalmente a componentes do ambiente sócio-político-econômico em que as empresas operam, bem como a condicionantes internos vinculados à estrutura e à operação do hospital.

Nossa proposta de análise consiste no exame dos fatores condicionantes da atividade do hospital, com a intenção de examinar as possibilidades de adaptação que a instituição deverá procurar desenvolver para superar dificuldades e aproveitar oportunidades. Para a análise os fatores condicionantes serão agrupados em tres conjuntos: os ambientais, os estruturais e os funcionais, apresentados em resumo no quadro 1.

O primeiro grupo de condicionantes é o de natureza AMBIENTAL, que inclui de início a presença do Estado que se manifesta por meio da legislação pertinente. A lei maior é naturalmente a Constituição federal e lá está escrito que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art.196). Mais adiante, no art.198, o texto constitucional afirma que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Este deverá ser financiado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”(art. 198, par. único). O artigo 199 afirma que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e em seu parágrafo único completa que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste”.

Quadro 1 - Adaptação do hospital a diferentes condicionantes

C o n d i c i o n a n t e s	Ambientais	<p>Presença do Estado</p> <p>Marketing</p>	<p>Adequação à legislação insegura</p> <p>Reconhecimento da relevância</p>
	Estruturais	<p>Modelo estrutural</p> <p>usuário-dependente</p>	<p>Estrutura participativa</p> <p>Corpo clínico Funcionários Equipamentos Instalações</p>  <p>Hospitalização Hospital-dia Atendimento domiciliar</p>
	Funcionais	<p>Modelo administrativo</p> <p>Financiamento</p> <p>Informatização</p> <p>Capacitação dos funcionários</p> <p>Compromisso com qualidade</p>	<p>Profissionalizado</p> <p>Convênios Doentes particulares SUS</p> <p>Dominante</p> <p>Permanente</p> <p>Obrigatório</p>

A formatação do desejado sistema enfrenta dificuldades de natureza estrutural. Como identifica documento elaborado pelo Ministério da Saúde "a peculiaridade do arranjo federativo brasileiro estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em que tanto estados quanto municípios constituem-se em entes federados, sem relação hierárquica, torna complexa a criação de um sistema nacional de saúde"(2). O mesmo documento aponta que " a marcante heterogeneidade entre estados e mais ainda entre municípios torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutive de serviços em todos os níveis de complexidade".

É certo que o texto constitucional vem sendo completado por legislação complementar pertinente, mas o resultado continua merecendo a caracterização de insegura. De início, o Sistema Único de Saúde (SUS) permanece aguardando sua regionalização e hierarquização formalizada. Mas o agravo maior refere-se ao seu financiamento: permanece na memória de todos o que vem ocorrendo com as notórias dificuldades financeiras com que o SUS se debate, desde sempre. A insuficiência orçamentária crônica levou à proposta da criação do que seria “contribuição provisória” para transformar-se em novo tributo - a CPMF - cujos resultados seriam aplicados exclusivamente no financiamento de programas da área da saúde, o que na prática não aconteceu. Por último, na nova reordenação financeira, o valor do tributo foi ampliado de 0,25% para 0,38% do valor das transações financeiras.

A descentralização que o porte do SUS exigia para sua implementação originou os indispensáveis convênios com os governos estaduais e municipais, para o repasse de verbas federais. A concepção original era de que os Estados continuassem atribuindo à área da saúde os mesmos recursos anteriores, o que nem sempre vem ocorrendo. Os convênios referidos tem sido aceleradamente implantados e em dezembro de 2000 já 89,5% dos municípios brasileiros tinham atingido o nível de "habilitação plena da atenção básica ". Saliente-se que os Estados menos desenvolvidos atingiram os valores mais elevados nessa qualificação dos municípios: Sergipe, com 100,0%; Piauí, com 99,5%; Mato Grosso, com 99,2%. É curioso que no grupo com porcentuais menos elevados figura São Paulo, com 74,4%, provavelmente por razões políticas.

Em paralelo, numerosas distorções ocorrem: levantamento recente feito por órgão do Ministério da Saúde revelou que nada menos que 23 dos 27 Estados estão aplicando mal os repasses relativos ao SUS e que 7 em cada 10 municípios estão investindo na atividade-fim do convênio menos do que 40% das verbas recebidas.

É natural que tudo isso repercuta sobre os hospitais, dificultando sua gestão e pondo em risco seu equilíbrio financeiro. Este é profundamente desestabilizado pelos valores com que o SUS remunera os atendimentos hospitalares, gerando uma situação de verdadeiro estelionato contábil. Daí a decisão de número crescente dos hospitais de romperem seu convênio com o SUS, agravando a situação dos hospitais públicos e das entidades filantrópicas, na maioria as Santas Casas, que não podem deixar de atender os dependentes do Sistema.

Uma possibilidade que poderia contribuir para atenuar a situação dos hospitais públicos e filantrópicos decorre do tipo de clientela que tais instituições atendem: em sua composição figuram sempre, em número variado mas considerável, doentes cobertos por algum tipo de seguro ou plano de saúde, os quais são atendidos sem declinar a condição de segurados de que desfrutam. Em consequência o hospital é “punido” com a remuneração pela tabela do SUS, enquanto que a seguradora ou a gestora do plano de saúde economiza o custo do atendimento prestado.

A recente determinação que atribui ao Ministério da Saúde o controle de todos os planos de saúde poderá corrigir esse abuso, porque os seguros-saúde, qualquer que seja seu modelo, estarão sendo obrigados a oferecer o cadastro nominal de todos os seus segurados, o que permitirá o cruzamento com a listagem dos doentes atendidos e a identificação dos débitos decorrentes dos atendimentos prestados. Dessa forma o hospital poderá ser ressarcido pelo cuidado oferecido ao segurado.

O difícil equilíbrio orçamentário dos hospitais públicos e filantrópicos tem levado muitos deles a atenderem, ao lado dos doentes do SUS, outros pacientes encaminhados pelas empresas seguradoras ou pelos planos de saúde, mediante convênios adequadamente formulados.

Os hospitais públicos enfrentam maiores dificuldades para proceder dessa maneira, porque algumas pessoas defendem a idéia de que atender a doentes de convênio significa reduzir as possibilidades de atendimento de doentes do SUS. Os que raciocinam dessa maneira incidem num erro palmar de avaliação, simplesmente porque se esquecem de que o poder público tem cada vez maior dificuldade de manter em condições suficientes de funcionamento seus hospitais, diante do descompasso crescente entre o custo do atendimento hospitalar e as possibilidades financeiras do poder público.

Este é bem o caso do maior complexo hospitalar da América do Sul, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A decisão de atender a doentes de convênio assumida pela direção do hospital permitiu a complementação orçamentária da instituição; usando apenas o caso do Instituto Central do HC, a maior unidade do complexo, com 3% das internações e 0,2% dos atendimentos ambulatoriais oferecidos a clientes de convênio o hospital, em período recente, faturou 18% do total de suas receitas extra-orçamentárias. No caso do Incor, outro dos institutos integrantes do complexo, a utilização de 25% dos recursos do hospital com doentes de convênio, permitiu conseguir 62% de receitas extra-orçamentárias. Os que pretendem impedir tal atendimento acabarão na verdade por acarretar a baixa do padrão de atendimento dos próprios doentes do SUS, por redução dos recursos disponíveis.

O segundo condicionante ligado ao ambiente externos do hospital refere-se ao marketing, que pode ser identificado como indispensável no momento presente. O esquema mais aplicável ao marketing do hospital-empresa é o de Richers (14), em que o sistema é constituído por quatro momentos identificados por palavras que tem a mesma letra inicial: 1. Análise das forças vigentes no mercado e de suas interações com a empresa a partir de pesquisas e de adequado sistema de informações. 2. Adaptação, traduzida na adequação das linhas de produtos ou de serviços da empresa às características do mercado, identificadas na análise. 3. Ativação compreendendo iniciativas destinadas à consolidação e expansão da presença da empresa no mercado, entre os quais o composto de comunicação (publicidade, promoção de vendas, relações públicas e *merchandising*). 4. Avaliação, traduzida no controle dos resultados do esforço de marketing realizado.

A contribuição inovadora da formulação de Richers para a administração hospitalar é representada pela advertência de que deve existir permanente preocupação da direção do hospital em relação aos interesses do mercado. É o que se pode conseguir com a indispensável avaliação que o sistema propõe, uma vez que será necessário voltar periodicamente à análise do mercado para poder realizar com sucesso a real auditoria de marketing que se deve pretender atingir. A avaliação, embora etapa essencial em qualquer nova iniciativa de uma empresa - o hospital, inclusive - não figura explicitamente em outros sistemas propostos.

Antes de tudo vale a pena esclarecer a necessidade de que a própria estrutura do hospital responda à necessidade de se ajustar às exigências desse esforço promocional. Para tanto será indispensável que a instituição disponha de um setor especialmente encarregado de tais tarefas, dirigido por profissional em condições de realizar todo um programa adequadamente elaborado. Em publicação anterior (10) foi apresentada e desenvolvida a proposta de uma estrutura organizacional para o hospital que se pretende voltado para o futuro. No modelo referido figura uma “Gerência de Marketing”, encarregado da tarefa específica de concretizar o programa de marketing que o hospital-empresa deverá desenvolver.

Tal programa enfrentará desde logo limitações relativas ao uso do que talvez seja o instrumento mais utilizado nas campanhas promocionais, ou seja, o preço do produto; trata-se de aspecto que, por sua natureza, dificilmente deverá ser invocado na promoção dos serviços oferecidos pelo hospital. Existe outro aspecto também muito lembrado, relativo à distribuição do produto, como instrumento promocional, o qual enfrenta dificuldades no caso do hospital, em virtude de sua natural imobilidade física. Vale a lembrança de iniciativa de que se falará mais à frente, de atendimento no domicílio do doente, sob responsabilidade do hospital. Trata-se de aspecto que pode ser explorado por adequados instrumentos de promoção. De qualquer forma pode-se invocar a facilidade de acesso, não apenas físico, mas também de contatos para informações ou agenciamento de consultas e agentes complementares, não apenas por telefone, mas principalmente pelo uso dos modernos recursos de informática.

O elemento mais importante a ser explorado, porque não envolve restrições de natureza ética, corresponde à qualidade do produto, representado no caso do hospital pelos serviços oferecidos. Estes permanecerão sempre vinculados à conjugação dos recursos humanos que atuam no hospital com as instalações e os equipamentos disponíveis, como será examinado em tópico próximo.

Condicionantes estruturais

O segundo grupo de condicionantes é de natureza ESTRUTURAL, dos quais vale a pena começar pela análise do próprio modelo estrutural. Elemento fundamental dessa avaliação refere-se à complexidade que caracteriza o hospital-empresa, em cuja intimidade existe muita coisa além dos setores encarregados do atendimento dos que ali procuram o tratamento de sua doença. O extraordinário avanço tecnológico dos últimos anos fez com que aumente muito o número e a complexidade dos setores que compõem o hospital moderno, não apenas aqueles que cuidam de procedimentos diagnósticos e processos terapêuticos como também os setores de apoio técnico.

Para bem atingir seus objetivos o hospital precisa estruturar de maneira racional todos os setores referidos. As estruturas habitualmente utilizadas pelos hospitais brasileiros situam-se na esfera funcional, em que cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades estanques e definidas. Este modelo serve bem quando as rotinas hospitalares caracterizam-se por desempenho estável, em ambientes pouco modificáveis. Contudo, em cenário de contínuas mudanças das necessidades da clientela, dos processos disponíveis para serem empregados e dos resultados desejados, a estrutura funcional de características fortemente hierarquizadas e verticalizadas vêm se mostrando insatisfatória. A principal deficiência refere-se à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos do hospital, com vistas a atingir o objetivo no qual a instituição encontra sua própria razão de existir, ou seja, o melhor atendimento do doente que o procura.

A função de direção em nossos hospitais centra-se habitualmente em uma única pessoa, o diretor geral ou superintendente, herdeiro do provedor das Santas Casas, o qual se subordina a um Conselho Administrativo, em um processo hierárquico bastante centralizador. Falar hierarquia lembra estruturas militares ou as do mundo físico e biológico mais do que do humano e social (12).

Em substituição a esse modelo foi sugerida, em publicação anterior (10), a formatação de um conjunto de gerentes, formando um Conselho Técnico-Administrativo. Este estará vinculado a um Conselho Superior ou Diretor, que representará a entidade mantenedora do hospital, seja o poder público, seja o capital privado. Desse Conselho Superior o Conselho Técnico-Administrativo recebe diretrizes gerais e orçamentárias, devendo oferecer-lhe em troca informações minuciosas sobre o desempenho da instituição, na periodicidade definida.

Nesse modelo as decisões de âmbito institucional serão tomadas em consenso pelo Conselho Técnico-Administrativo, todos os gerentes dispendo do mesmo poder de opinar e votar. Decisões setoriais serão assumidas apenas pelas Gerências envolvidas. Este estilo diminui os conflitos diversificados entre as linhas de poder e de hegemonia, além de responder por um melhor convívio interdepartamental e por uma melhor utilização dos recursos disponíveis.

Vale salientar que essa forma participativa de vivência institucional representa resposta à meta procurada por todas as empresas em qualquer parte do mundo, qualquer que seja a atividade a que se dediquem. Todas elas estão em busca de modelos que permitam melhor integração de seus diversos setores e, por conseqüência, de seus funcionários, por estarem todas convencidas de que essa é a melhor forma de garantir melhor desempenho e melhores resultados. Do ponto de vista prático, atendidas peculiaridades locais e institucionais, o modelo descrito vem sendo em sua essência utilizado no Hospital Aliança em Salvador e no Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo.

Outro condicionante estrutural que precisa ser analisado corresponde aos critérios de avaliação pelos quais o hospital é apreciado, interna ou externamente. O primeiro de todos os critérios e que continuará válido em qualquer momento corresponde ao corpo clínico da instituição, uma vez que, em qualquer circunstância e a qualquer momento, aos médicos que atendem no hospital cabe a responsabilidade maior por seus doentes.

De início pela busca do diagnóstico correto, por meio do contato pessoal, representado pela tomada da história da doença e em seguida pelo exame clínico. Dúvidas diagnósticas podem exigir a realização de exames complementares, que podem ou não confirmar hipóteses iniciais. Estabelecido o diagnóstico segue-se a fase de tratamento medicamentoso, cirúrgico ou de outra natureza, sempre de responsabilidade do médico.

Todas essas fases do tratamento médico caracterizam-se por um contato interpessoal de alta complexidade, em que se encontram duas pessoas em situações inteiramente diferentes, em termos de competência e de vinculação. Uma é detentora do conhecimento e das habilidades essenciais ao sucesso do tratamento. A outra marca-se pela dependência que desenvolve, baseada na confiança que a primeira precisa conquistar e aprofundar. Nessa relação a presença do médico já é em si mesma terapêutica, em alguma medida.

Mas outros profissionais e outras categorias de funcionários entram em contato com o doente, em particular pessoal de enfermagem, que marca sua presença nas 24 horas do dia; acrescentem-se fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, mas também funcionários, desde a recepção até a limpeza e

higiene. Mais do que qualquer outra entidade prestadora de serviço, o hospital tem seu desempenho vinculado ao comportamento de seus recursos humanos. Ocorre que aqui, mais do que em qualquer outra instituição, os funcionários defrontam-se com pessoas fragilizadas pela doença e em processo de regressão psicológica, bem como com familiares sofridos e desgastados.

O quadro retrata a importância de que se reveste uma contínua preocupação da área de Recursos Humanos (RH) do hospital com programas de treinamento e de capacitação de seus funcionários. Mas isso não basta: já se disse que “as antigas práticas de recrutamento e avaliação, remuneração e desenvolvimento terão pouco valor... As empresas precisam de sistemas que encorajem o aprendizado e a iniciativa e que facilitem o crescimento pessoal e motivem todos a centrar seus esforços no cliente”(8).

Mas recursos humanos atuam e atendem num ambiente físico que é naturalmente capaz de condicionar seu desempenho. Trata-se em primeiro lugar da necessidade de o hospital ter sido planejado a partir de um projeto adequado, seja do ponto de vista arquitetônico, seja no que se refere a instalações de toda natureza (11). A arquitetura do hospital influencia toda a atividade que se desenvolve em seu interior, facilitando ou dificultando fluxos de pessoas, materiais, instrumentos e informações que precisam circular de um ponto para outro. Mas as instalações representam também fator condicionante de alta importância, facilitando ou inviabilizando os atos destinados ao atendimento do doente.

De maneira análoga a atuação dos profissionais que devem assistir os doentes é marcada pelo emprego de equipamentos e dispositivos necessários ao atendimento. Cada vez mais essa relação da dupla médico/doente com os equipamentos se torna mais estreita, correndo-se o risco de se criar verdadeira dependência tecnológica no exercício da medicina moderna. Embora essa invasão da máquina se faça em qualquer momento do atendimento, inclusive nos procedimentos terapêuticos, é na área diagnóstica que ela se faz mais patente. Aqui cada vez mais a busca de informações pelo uso de equipamentos de tecnologia cada vez mais complexa faz com que os chamados recursos “complementares” possam se transformar em verdadeiros agentes “efetores” do diagnóstico.

Instalações e equipamentos podem isoladamente ser instrumentos de marketing do hospital, sem que a divulgação das qualidades de cada um possa envolver qualquer restrição ética. Mas o ponto em que a referência a tais recursos pode ser mais bem explorada refere-se ao apoio que instalações e equipamentos oferecem como suporte indispensável ao trabalho dos profissionais que atendem o doente no hospital. É a soma da capacidade e da dedicação dos recursos humanos - notadamente do corpo clínico - com os equipamentos disponíveis e com as instalações em que se localizam que garante a qualidade dos serviços que o hospital está em condições de prestar. E esse será sempre o principal critério de avaliação pelo qual o hospital será apreciado.

A partir do fato essencial de que o hospital existe para atender os doentes que o procuram, é fácil compreender que um condicionante estrutural importante a ser considerado corresponde à maneira como o hospital atende à demanda usuário-dependente. A primeira demanda recebida do doente - a que condicionou a criação do hospital - foi a própria hospitalização: a gravidade da doença ou a impossibilidade de seu atendimento continuar a ser feito em casa, como era a regra até então, levaram à criação de um ambiente onde o médico e seus poucos auxiliares poderiam atender de maneira mais adequada; o doente era assim “hospitalizado”, permanecendo nessa situação até que seu estado permitisse a saída ou sobreviesse o óbito.

O Brasil recebeu como rica herança a tradição portuguesa da Santa Casa de Misericórdia, que representou durante os quatro primeiros séculos de nossa história o único modelo de hospital que se dispunha a receber os doentes, qualquer que fosse sua condição. Esse foi o quadro presente em todas

as cidades brasileiras, garantindo a possibilidade de “hospitalização” dos doentes necessitados de internação. Apenas em princípios do século 19 surgiram os primeiros hospitais, quase todos a cargo de congregações religiosas femininas ou por iniciativa de colônias estrangeiras, principalmente portugueses, espanhóis, alemães, japoneses, evoluindo-se até o momento atual, quando o hospital já adquiriu consistência de empreendimento de que se esperam resultados médicos, mas também financeiros.

As necessidades de atendimento modificaram-se ao longo do tempo, ao mesmo tempo em que a manutenção do doente em regime de internação hospitalar teve seus custos cada vez mais elevados; daí a demanda por nova forma de atendimento dos doentes e o hospital teve que se adaptar de novo a essa expectativa de seus usuários. Criou-se, então, um ambiente onde o doente pode ser atendido com toda segurança para a realização de procedimentos, tanto diagnósticos quanto terapêuticos, que não exigem a “internação” que se caracteriza quando o atendimento exige a permanência no hospital por período superior a 24 horas; trata-se do hospital-dia. Trabalho pioneiro a esse respeito é representado pela dissertação de mestrado elaborada por Ferreira (6) e aprovada pela EAESP/FGV.

Entre os atendimentos diagnósticos que ali podem ser realizados figuram exames radiológicos, como radiografias simples e ultrassonografias, exames endoscópicos por via oral ou anal, procedimentos cirúrgicos, como punções, biópsias e drenagens. Entre os atendimentos terapêuticos situam-se os de natureza cirúrgica de pequeno porte nas áreas de oftalmologia, urologia, dermatologia, plástica, mas também os de natureza clínica; aqui as possibilidades são muito amplas: controle de distúrbios cardíocirculatórios e respiratórios (broncoespasmo), metabólicos (hiper e hipoglicemia), volêmicos (desidratação). Da mesma forma será possível a aplicação endovenosa de antibióticos, quimioterápicos, corticosteroides e imunoterápicos, bem como a administração de sangue ou hemoderivados.

A maioria desses procedimentos exigia internação do doente para sua realização, com os custos administrativos decorrentes, os quais deixam de incidir quando o atendimento é feito no hospital-dia. Vantagens são também auferidas pelo hospital, cujas instalações gerais deixam de ser sobrecarregadas, permanecendo livres para atendimentos mais rentáveis, por conta de atendimento de doentes internados. É certo que será necessário o esforço de capacitação e treinamento do pessoal que deverá atuar no hospital-dia, mas os resultados vem se comportando muito positivamente.

Em momentos mais recentes nova demanda dos usuários começa a ser respondida pelos hospitais; trata-se do atendimento domiciliar. Um primeiro grupo de tais doentes corresponde àqueles que procuraram a internação para o atendimento de quadro agudo, superado com sucesso, mas exigindo ainda acompanhamento pessoal, ainda que não em regime de internação. O atendimento domiciliar revela-se menos oneroso, sendo realizado por profissionais adequados sob orientação do médico responsável. Outro grupo corresponde a doentes que, em razão de internações anteriores, desenvolveu vinculação com o hospital, vindo a merecer a resposta a essa demanda. O exemplo maior, por seu pioneirismo e por trabalhar com equipes multiprofissionais, é o Núcleo de Atendimento Domiciliar Integrado (NADI) do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Condicionantes funcionais

Elementos capazes de condicionar profundamente a atividade do hospital são os CONDICIONANTES FUNCIONAIS, entre os quais por sua importância e pela crescente presença de problemas entre os hospitais brasileiros é o modelo administrativo.

A visão do hospital como empresa exige, por um mínimo de coerência, que o modelo de sua gestão precisa divorciar-se por completo de qualquer improvisação e de qualquer colorido de amadorismo, para assumir a postura de profissionalismo integral. Bem nessa linha o Ministério da Saúde está estudando a extinção do atual cargo de diretor em seus hospitais, quase sempre exercido segundo o padrão já descrito de autoritarismo, para substituí-lo por um “gerente”, na figura de um profissional com experiência empresarial principalmente das áreas administrativa e financeira. Este é o perfil do atual superintendente do Hospital das Clínicas da FMUSP, numa linha de sucessão até então ocupada apenas por médicos.

O objetivo final da atividade do hospital, traduzido pelo elevado padrão das atividades assistenciais desenvolvidas, é permanentemente desafiado por problemas que desabam sempre sobre o administrador da instituição. São todos problemas que, se não superados, determinam baixa da qualidade dos serviços assistenciais oferecidos pela instituição. Trata-se de situações que são tentativamente representados na figura 1.

A análise fica facilitada se for iniciada pelos setores instrumentais, começando com os “recursos materiais”: aqui os problemas mais freqüentes vinculam-se ao equipamento, na medida em que se torna obsoleto, necessitando de substituição. Esta exige do administrador perfeita visão do “timing” da aquisição do novo aparelho, num jogo equilibrado entre os custos do investimento, o grau de obsolescência do equipamento e a possibilidade de amortização da compra. O jogo não é fácil e suas variáveis podem passar despercebidas, inclusive porque os equipamentos de toda natureza exigem considerável esforço de manutenção, que deve sempre obedecer a um modelo de trabalho preventivo e que hoje já se reveste de características preditivas.

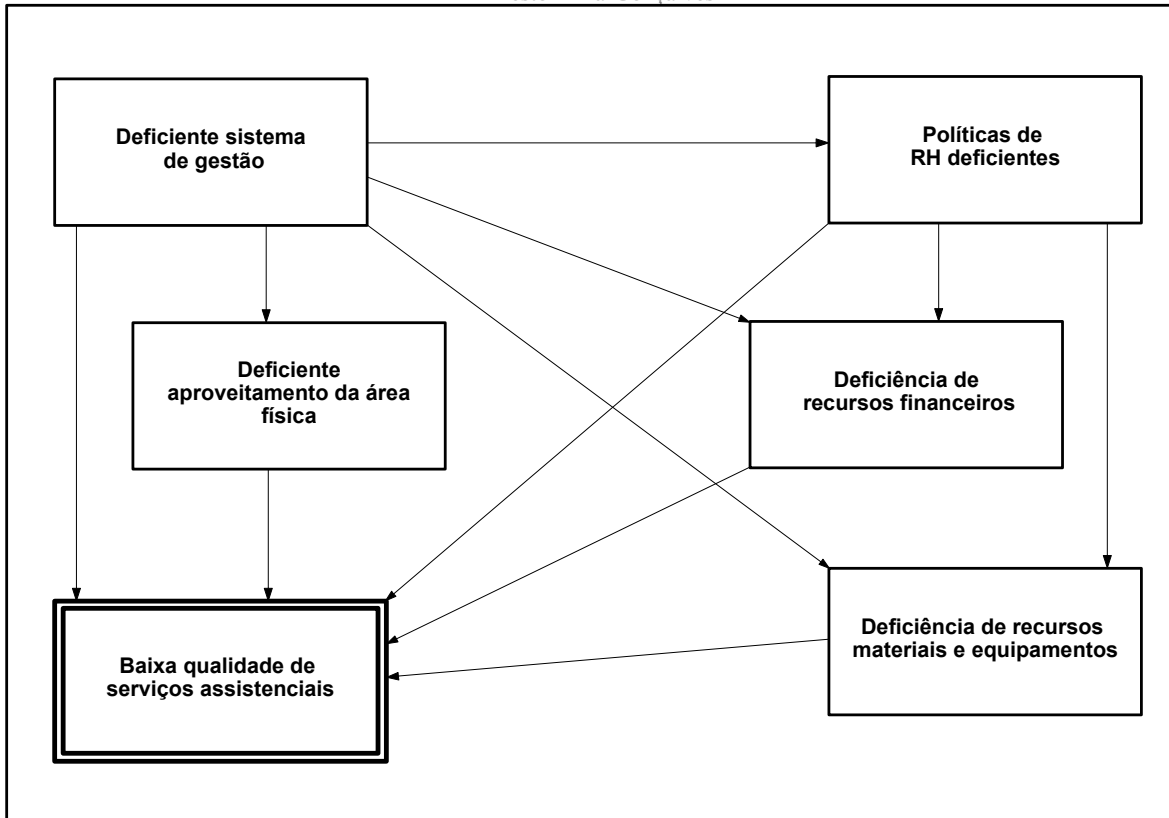


Figura - 1

Os problemas do administrador hospitalar no ambiente interno da hospital

Outro setor instrumental corresponde a “recursos financeiros”, essenciais em qualquer atividade empresarial. Mas à preocupação permanente e geral - o déficit financeiro - soma-se agora a necessidade imperiosa de uma orçamentação bem elaborada, a ser seguida rigorosamente. Em complemento deve o administrador hospitalar, tal como ocorre em qualquer outro tipo de empresa, procurar aplicações que permitam à instituição a obtenção de receitas financeiras, críticas em situações de dificuldade.

A “área física”, representada pelos edifícios e pelas instalações, constitui outro importante setor instrumental a ser cuidado. Basta lembrar que eles representam verdadeiro cartão de visita do hospital, uma vez que se trata do setor com que o doente realiza seu primeiro contato com a instituição. Tudo aí precisa ser pensado, desde a cor das paredes até o material de revestimento do piso, desde os elevadores até o leito do doente ou o sofá-cama em que o acompanhante vai repousar. Não só pensado, mas cuidado e aperfeiçoado.

Em íntima relação com os setores instrumentais, porque exerce influência sobre todos eles, situa-se a área de “recursos humanos” do hospital. De sua estruturação adequada, incluindo aspectos diversos como a correção de distorções salariais e a elaboração de um plano de cargos, depende a motivação do pessoal. Mas a esta deve ser acrescentado outro elemento básico que é a capacitação, a ser alcançada por programas de treinamento, destinados a todas as categorias e todos os níveis funcionais, a serem desenvolvidos permanentemente.

Todos esses setores podem ter seus problemas agravados pelo padrão de gestão adotado e desenvolvido pelo administrador do hospital. Alguns exemplos: organograma superado, administração centralizadora, falta de planejamento de médio e longo prazo, falta de coordenação, ausência de programas de avaliação e acompanhamento. Apenas uma situação a ser considerada como exemplo: em trabalho anterior (8) foi sugerido que se atribuisse a denominação de Gerência de Hotelaria ao setor do hospital que inclui Serviço de Nutrição e Dietética, Higiene e Limpeza, Lavanderia, Transporte, Segurança, Zeladoria. A designação quer marcar o fato de que o referido conjunto de atividades está sempre presente nos hotéis de melhor categoria, permitindo até a possibilidade de que essa Gerência seja ocupada no hospital por profissional de hotelaria, permitindo elevado padrão de desempenho ao setor.

Condicionante funcional de extrema relevância corresponde ao financiamento das atividades do hospital. Na verdade neste aspecto como em tantos outros o hospital vive o reflexo de situações que ultrapassam seus limites. Diz-se que “saúde não tem preço, mas tem custos”. E custos cada vez mais elevados, não apenas no Brasil: no ano passado a inflação americana ficou em torno de 2,5%, mas os custos médicos subiram 3,5%.

No Brasil o investimento em saúde é estimado em cerca de 7% do PIB, representando cerca de 260 dólares/ ano por habitante. O total é da ordem de 42 bilhões de dólares, repartindo-se aproximadamente em partes iguais entre o poder público e as fontes particulares. Pressões sociais pouco esclarecidas a respeito da realidade certamente sempre procurarão aumentar os limites do atendimento, sem preocupação com a eventual inviabilização do sistema.

Em nível local, a saber, do hospital, elevação semelhante e igualmente preocupante com os custos vem ocorrendo. Vários argumentos podem ser utilizados para explicar tal situação. O primeiro é ligado à complexidade tecnológica de que se reveste a medicina moderna, exigindo a utilização de equipamentos de custo elevado, cuja aquisição precisa ter seu custo amortizado pela utilização correspondente. Não se podendo pôr em dúvida a ética médica, que não permitiria que exames desnecessários fossem solicitados, em um dos melhores hospitais de São Paulo, que conta com três aparelhos de ressonância magnética, foram realizados em um ano 9.650 exames dessa natureza. A aplicação da receita total desses atendimentos, desconsiderando despesas operacionais e de pessoal, exigiria o prazo mínimo de três anos para amortização dos equipamentos.

Segunda linha de argumentos é de natureza gerencial. Em hospitais europeus e americanos de excelente desempenho o número de funcionários gira em torno de 7,0 por leito, número que é superado pelos hospitais brasileiros de melhor padrão. Acresce que entre nós os médicos em geral não fazem parte do quadro de pessoal do hospital. Daí a necessidade de aproximação e de uma estreita e harmoniosa convivência entre a direção do hospital e seu corpo clínico. Apenas dessa forma será possível transferir para seus integrantes a preocupação com custos operacionais e assistenciais, a qual deve transitar por todos os que trabalham no hospital, qualquer que seja seu nível de atuação. Sem induzir a qualquer infração ética, será possível conseguir a colaboração dos médicos para algumas atitudes ou alguns procedimentos capazes de reduzir os custos do atendimento.

Trata-se de desenvolver um esforço de conscientização dos médicos a respeito dos custos de sua atuação, para que lhes seja possível distinguir entre o indispensável no que se refere ao emprego, por exemplo, do fio de sutura a ser utilizado e o possível, traduzido na seleção de produtos farmacêuticos de igual atividade clínica, mas de custo mais reduzido. A preocupação deve permanecer, qualquer que

seja a fonte pagadora das despesas efetuadas, seja o doente particular, seja o poder público ou seja uma entidade seguradora da assistência médica.

Já se examinou a extrema dificuldade de ser viabilizado o dispositivo constitucional que afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” ; a afirmação deveria supor a possibilidade de viabilização financeira desse atendimento pelo poder público, o que tem se mostrado impraticável, por meio do instrumento criado, a saber o Sistema Único de Saúde. De outra parte a elevação dos custos da assistência médico-hospitalar tão enfatizada vem fazendo com que cada vez menos seja possível o pagamento de tais custos pelo doente particular ; essa é a razão pela qual seu número vem se reduzindo gradativamente e hoje, mesmo nos melhores hospitais de São Paulo, sua presença não é superior a 5 a 6% de doentes internados. O restante das fontes de financiamento corresponde a alguma forma de “empresa seguradora de assistência médica”, ativada mediante contrato pessoal ou empresarial.

A denominação engloba diferentes tipos de organizações que trabalham com vistas ao atendimento médico-hospitalar das pessoas que a elas se filiam; em alguns casos atendimento odontológico e fornecimento de medicamentos também se inserem no programa.

O primeiro modelo foi desenvolvido por organizações que se propunham a oferecer a empresas, mediante pré-pagamento, assistência aos empregados e respectivos familiares; essa foi a origem dos chamados erroneamente “grupos médicos”, que se multiplicaram principalmente na década de 70, explorando as deficiências da Previdência Social. Hoje tais entidades superam a cifra de 700 e reúnem-se na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); o número de seus segurados é da ordem de 17.800.000.

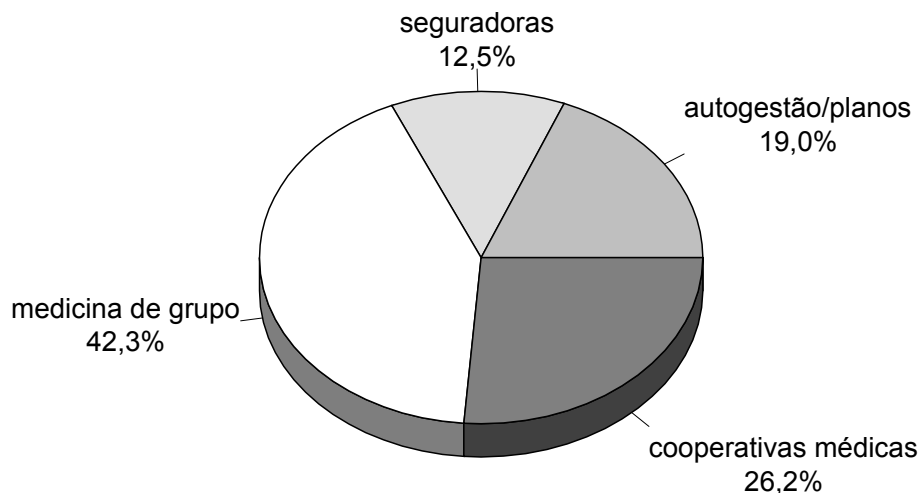
Integrantes da classe médica insurgiram-se com o modelo anterior, que previa o sistema de pré-pagamento e também o assalariamento de médicos, apesar da entidade empregadora ser muitas vezes de propriedade de médicos. Desenvolveram então o modelo de “cooperativas médicas” que se multiplicou, particularmente sob a denominação de UNIMEDs; em momento seguinte também essas cooperativas assumiram o modelo de pré-pagamento e a sistemática de assalariamento de médicos. O número de cooperativas médicas é de cerca de 400, segundo levantamento recente, atendendo um total estimado de 11.000.000 segurados.

Interessadas em racionalizar o atendimento prestado a seus funcionários algumas empresas desenvolveram outra sistemática, baseada em convênios diretos com médicos e prestadores de serviços complementares e em contratos com hospitais, para pagamento pelos serviços prestados mediante tabela previamente acertada. A racionalização pretendida decorreria do controle e auditoria das contas apresentadas, bem como da participação dos empregados no custeio do sistema. O modelo recebeu a denominação de programa de “auto-gestão” e vem sendo adotado por empresas públicas e particulares, hoje em número de cerca de 300 e igualmente reunidas em entidade associativa - a ABRASPE. O número de pessoas seguradas por esse modelo é estimado em 8.000.000.

O mercado assistencial envolve naturalmente a presença de empresas seguradoras, que trabalhavam inicialmente com planos de seguro pessoais, ampliando-se depois para o atendimento de empregados de empresas contratantes, sempre sob sistema de pré-pagamento. Este segmento foi o que mais se valeu da liberação da presença de capital estrangeiro na área de atendimento médico-hospitalar, mediante associação com empresas já existentes ou a entrada de empresas novas vinculadas a recursos internacionais. O número de organizações dessa natureza é da ordem de 30, cobrindo a assistência de cerca de 5.300.000 segurados.

Os números apresentados figuram em levantamento feito recentemente pela ABRASPE e permitem identificar que, para uma população de 156 milhões de habitantes, cerca de 42.100.000 servem-se do que se pode chamar de “mercado supletivo de saúde”, ainda que também disponham do direito legal de recorrer ao SUS; é o que mostra a figura 2.

A fatia de cada um



Fonte: www.abraspe.org.br

Distribuição de usuários de modelos supletivos de Assistência

Figura 2

A preocupação com a elevação dos custos da assistência médico-hospitalar vem dominando o panorama nacional e internacional. Nos Estados Unidos surgiram diversos modelos de racionalização dos sistemas adotados, reunidos sob a denominação genérica de “managed care”(MC). Esta compreende diversos tipos de organizações - HMOs, PPOs e EPOs - e diferentes formas de remuneração pelos serviços prestados, seja por salário, seja por procedimento ou por capitação. O objetivo visado é sempre a redução dos custos, o que poderia envolver o aspecto positivo de diminuição da contribuição paga pelo segurado. Mas na prática tal redução de custos visa quase sempre o aumento da margem de lucro da organização .

O sistema utiliza ainda algumas estratégias de contenção de custos, por meio da introdução de médicos encarregados de fazer uma avaliação prévia do doente antes que ele possa encaminhar-se diretamente a algum atendimento laboratorial ou hospitalar ou à consulta com algum especialista.

Outra estratégia empregada consiste na preparação de formas contratuais envolvendo a seguradora, o hospital e o médico, com vistas a definir custos globais máximos, inclusive por meio de protocolos que padronizam procedimentos, medicamentos, exames a serem solicitados. Na medida em que tais custos são definidos previamente, o responsável pela obediência ao limite máximo é o médico, num modelo

que costuma ser chamado de “compartilhamento de riscos”. Na eventualidade de superação daquele limite, ainda que por razões assistenciais justificáveis, o profissional corre o risco de ser punido, inclusive com o afastamento do sistema. Nesta rede ele será sempre o elo mais fraco de um modelo tripartite.

A chegada ao Brasil de grupos estrangeiros que operam com assistência médico-hospitalar, prevista no texto da lei que regulamenta a atividade da medicina supletiva, vem propiciando a introdução de modelos de MC; daí a importância de se considerar com cuidado os resultados da sua aplicação nos Estados Unidos. A identificação de distorções nesse país vem ganhando vulto, como casos de exames complementares que deixaram de ser feitos, embora indispensáveis, ou de mulheres que tiveram alta hospitalar apenas 12 horas após darem à luz, no chamado “parto *delivery*”. Em consequência foi criada nos Estados Unidos uma comissão de alto nível, para desenvolver os meios de proteger os doentes em seu relacionamento com sistemas como os descritos.

Outro condicionante funcional a ser considerado corresponde ao desafio da informatização no hospital, ao mesmo tempo em que a valorização do recurso vem se manifestando de forma dominante. No Brasil a partir do começo dos anos 70 os hospitais começaram a instalar sistemas de informática, dando preferência a estruturas centralizadas, usando máquinas de grande porte, rapidamente superadas com a chegada

dos microcomputadores. As atividades cobertas pelos sistemas também evoluíram, a partir da aplicação a setores administrativos, como controle de estoques e de registros de pessoal, bem como aspectos financeiros, incluindo faturamento e tratamento de contas a pagar e a receber. Na grande maioria dos casos, porém, tratava-se da aplicação de programas adaptados, sem capacidade para resolver todos os problemas de um hospital.

O grande desafio da informatização no hospital é o registro e o processamento das informações relativas ao próprio doente. A razão fundamental decorre da complexidade do vocabulário em que a informação médica é expressa. Um dos padrões que visa superar essa dificuldade, o SNOMED - Systematized Nomenclature of Medicine, é um vocabulário médico que define uma classificação em sete eixos, incluindo diagnósticos, procedimentos, morfologias e nomes de microrganismos e vem sendo desenvolvido há cerca de 20 anos.

Para facilitar seus procedimentos o SUS define seu próprio vocabulário para procedimentos e adota a Classificação Internacional de Doenças para descrição de diagnósticos. As empresas de medicina de grupo, agrupadas na ABRAMGE, definiram seus próprios vocabulários para procedimentos e diagnósticos. Diante de diversidades desse porte os hospitais precisarão desenvolver sistemas capazes de superar diferenças, introduzindo fatores de correção entre valores discrepantes para preparação de contas e o máximo possível de padronização de nomenclatura.

Um adequado sistema de informática hospitalar deve corresponder a características básicas: abranger todos os departamentos e serviços; poder ser utilizado com facilidade pelo usuário; utilizar a melhor tecnologia disponível, considerando a necessidade de resultados sólidos e confiáveis; ter um custo compatível com o planejamento financeiro do hospital, representando inclusive um instrumento de redução de custos administrativos e operacionais; deve poder evoluir para incluir modificações operacionais do hospital, bem como modificações tecnológicas em informática; garantir o sigilo relativo a informações de toda natureza por meio de adequados bloqueios de acesso.

Mais recentemente novo acréscimo à informatização vem sendo conseguido com o desenvolvimento de equipamentos de exames de rádio-imagem e de patologia clínica capazes de emitir sinais eletrônicos

correspondentes aos resultados dos exames realizados; tais sinais são prontamente inscritos no sistema de informatização do hospital, para serem inseridos no prontuário do doente e para permanecerem disponíveis para consulta a qualquer momento. Alguns desses equipamentos já estão disponíveis em hospitais públicos e privados brasileiros.

Possibilidade incrivelmente inovadora começa a se abrir, no campo da informática, com o chamado “comércio eletrônico”. No hospital comum, as prateleiras da gerência de materiais contem pilhas de catálogos, cheios de informações e preços que correm sempre o risco de desatualização. É fácil compreender que a possibilidade de acesso a listagens eletrônicas de materiais, onde figurem todas as especificações do que se deseja adquirir, irá acelerar e facilitar a compra. Relatório publicado recentemente nos Estados Unidos refere que dos estimados 83 bilhões de dólares que os hospitais americanos gastam anualmente em materiais e equipamentos, 11 bilhões poderiam ser eliminados por meio de práticas mais eficientes de comercialização. Esses números ilustram as possibilidades que o *e-commerce* abre para a administração hospitalar, devidamente apoiada na informática.

Mas a grande inovação no que se refere à informatização no âmbito do hospital deve estar voltada para os dados de que relativos ao doente, essencialmente os documentos de seu prontuário. A prescrição médica, por exemplo, devidamente introduzida no sistema, deverá gerar um amplo trabalho de processamento, envolvendo setores diversificados do hospital: o Serviço de Enfermagem para conhecer e aplicar os recursos terapêuticos prescritos pelo médico, bem como o Serviço de Nutrição e Dietética, para preparação de eventuais dietas especiais, tal como os setores especializados de diagnóstico e tratamento, para os quais o doente pode estar sendo encaminhado.

Mais ainda: um sistema como o descrito permitirá que o médico, dispondo em sua residência de equipamento adequado, possa ter acesso direto e atualizado às informações relativas a seu paciente, permitindo-lhe até alterar a conduta prescrita anteriormente. Graças a recursos atuais, será ainda possível preparar um cartão magnético individualizado para cada paciente, contendo todas as informações atualizadas sobre seu estado clínico, incluindo dados numéricos de exames complementares, bem como imagens relativas a traçados gráficos e exames de rádio-diagnóstico.

Fundamental por todos os títulos é o condicionante funcional que se traduz pela capacitação dos funcionários. Fundamental porque dela depende por certo o desempenho que os integrantes dos quadros do hospital podem apresentar. E desempenho elevado representa importante fator no que diz respeito a critérios de avaliação global da instituição.

Capacitação desenrola-se em dois planos diferentes. De uma parte a preparação especializada para as tarefas que o funcionário desenvolve habitualmente. Nem se imagine que a proposta reporta-se apenas àqueles que participam de atividades eminentemente técnicas, como os que trabalham no laboratório clínico ou no setor de rádio-imagem.

Na verdade a realização de qualquer tarefa que se desenvolve no hospital pode ser melhorada mediante um duplo mecanismo de apoio: em primeiro lugar a conscientização dos funcionários de que, por mais simples que seja, a tarefa que desenvolvem está sendo realizada com vistas ao atendimento do doente, objetivo maior da atividade do hospital, com o qual todos os funcionários devem estar comprometidos. Em segundo lugar a realização de programas de treinamento adaptados especificamente a cada categoria dos quadros do hospital, com o objetivo de atualizar seus integrantes em relação a

procedimentos ou a equipamentos novos ou apenas a fazer o acompanhamento de como a atividade é realizada.

Mas capacitação assume ainda uma significação diferente, representada pela compreensão, por parte do funcionário, de que tudo quanto ele faz no hospital é importante, donde o fato de que ele é importante. Essa tomada de consciência é fator fundamental no desenvolvimento da auto-estima, de que cada um precisa. Relações informais são hoje sobrepostas a normas de conduta resultantes de códigos formais. Sentimentos e emoções, amizades e hostilidades, cooperação e competição, comportamentos humanos são, em síntese, hoje cada vez mais valorizados. Dessa consciência deriva a motivação essencial para que o funcionário coloque em tudo quanto faz todo o empenho necessário para executar sua tarefa da melhor maneira possível. Todos são beneficiados: o doente, seus familiares, a instituição e certamente também o funcionário.

Nenhuma categoria deverá ficar à margem desse esforço. Corpo clínico, grupo de enfermagem, pessoal técnico, todos devem ser objeto de preocupações e de iniciativas. Uma categoria merece lembrança especial, porque mais raramente é envolvida nos programas de capacitação; trata-se do setor administrativo, que vai assumir papel relevante nos programas de “controle de qualidade” a serem desenvolvidos, além da realização de suas tarefas habituais.

Para esse assunto volta-se crescentemente o interesse da direção dos hospitais que pretendem atingir padrão crescente de desempenho. Não é sem razão que o Hospital Israelita Albert Einstein ampliou o objetivo pretendido anteriormente com sua Escola de Enfermagem, transformando-a num Instituto de Ensino e Pesquisa. Trata-se da resposta que a instituição está oferecendo à comunidade numa área em que iniciativas do gênero são tão escassas.

Cada vez mais os hospitais vão assumindo como obrigatório seu compromisso com a qualidade, de forma que ele se transforma em importante condicionante de natureza funcional na atividade da organização. Qualidade é hoje uma exigência e uma imposição de fora para dentro, de quem paga - quem quer que seja - pelos serviços de quem os produz. É certo que a organização nem sempre está preparada para responder à solicitação, por problemas de cultura organizacional e de desenvolvimento de recursos humanos (13).

O tema não é recente no caso dos hospitais. O trabalho pioneiro de Codman em Boston em 1913 lançou as bases para o Programa de Acreditação dos hospitais americanos iniciado pela Joint Comissão em 1952 (14). O tema vem sendo crescentemente apresentado como motivo de preocupação e interesse nos anos mais recentes(2, 7, 14).

A criação dos certificados vinculado ao programa ISO 9000 criou novo interesse, a partir dos critérios da ISO 9002.2, que se refere à área de serviços. Diversos hospitais brasileiros tem conseguido receber tais certificados, como testemunho da qualidade dos serviços que o hospital ou algum de seus setores vem prestando. É o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que já recebeu os certificados referentes às Divisões de Patologia Clínica e de Nutrição e Dietética.

Dirigentes da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, da Associação de Hospitais do Estado de São Paulo e da Secretaria de Estado da Saúde, em entrevista realizada, afirmam que qualidade pode ser medida de forma objetiva, mas são unânimes em afirmar que ainda falta entre

nós um conjunto de indicadores capazes de cumprir essa tarefa, pois não há consenso em torno de uma definição de padrões mínimos de qualidade na área de assistência à saúde (3).

Experiência promissora é o Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar do Estado de São Paulo, que vem sendo desenvolvido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo desde 1991. O Programa já inclui cerca de cem hospitais que enviam periodicamente dados relativos ao seu desempenho e já emitiu “Selos de Conformidade” para treze hospitais no Estado.

Mais recentemente quatro instituições de respeito - o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Academia Nacional de Medicina, a Fundação Cesgranrio, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - contando com a assessoria da Joint Commission of International Accreditation, vem desenvolvendo consistente trabalho de avaliação de instituições hospitalares brasileiras. Entre um conjunto de informações e indicadores utilizados, são relevantes aquelas relativas ao controle e prevenção da infecção hospitalar, ao atendimento ao paciente e familiares, à qualificação e reciclagem dos recursos humanos, ao gerenciamento do ambiente hospitalar.

As autoridades federais brasileiras vem conseguindo desenvolver apreciável trabalho nessa área, representado inicialmente pela preparação do "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar"(1), a ser aplicado no Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Os objetivos básicos do trabalho são desenvolver um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência hospitalar e instituir, no âmbito do hospital, mecanismos para a auto-avaliação e aprimoramento contínuo da qualidade da assistência oferecida pela instituição. O Manual apresenta critérios objetivos que permitem definir tres níveis crescentes - 1, 2 e 3 -- de qualificação dos setores do hospital, agrupados em conjuntos : setores destinados diretamente à assistência do doente, aqueles vinculados a tarefas de diagnóstico e terapia, os destinados ao indispensável apoio técnico, os de processamento e abastecimento e os de apoio administrativo.

Esforços em busca da qualidade dos serviços prestados pelo hospital serão sempre recompensados. Em primeiro lugar pelos clientes que utilizam seus serviços e por seus familiares. Mas às vezes o reconhecimento vem de fonte menos comprometida. Há muito pouco tempo o Hospital Israelita Albert Einstein pode anunciar que sua direção tinha recebido o certificado de acreditação emitido pela Joint Commission of International Accreditation, sediada nos Estados Unidos. Trata-se de título que pela primeira vez, até aquela data, é concedido a um hospital brasileiro.

Artigo recebido em 16.03.2000. Aprovado em 11.10.2001

BIBLIOGRAFIA

- AKERMAN, M.- Gerência de qualidade em hospitais paulistas. *Cadernos FUNDAP*, v.13: p. 79-87, 1997.
- AZEVEDO,A.C. - O futuro dos hospitais e a gestão de qualidade. *Rev. Paul. Hosp.*, v. 40: p. 53-59, 1992.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde - *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*, Brasília, 2a. edição, p.11-12 e 32-33, 1999.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde - *Regionalização da Assistência à Saúde e Descentralização com Equidade de Acesso*, Brasília, p. 4-6, 2000.
- COBRA, M. - *Marketing básico*, Edit. Atlas. S. Paulo, p.43-45, 1997.
- FERREIRA, J. H. G. - *Análise da implantação de uma unidade de cirurgia ambulatorial em um hospital geral*. Dissertação de mestrado apresentada à EAESP/FGV, 1985.
- GOLDSMITH, J.A. - A radical prescription for hospitals. *Harvard Business Review*, v.67, n.3, p.104-111, may/jun 1989.
- GONÇALVES, J.E.L. - Os novos desafios da empresa no futuro. *RAE, Rev. Admin. Empr.*, v. 37,n. 3, p.10-19, 1997.
- JESSE, W.F. - Garantia de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. *Salud publ. México*, v.32, p.131-137, 1990.
- LIMA-GONÇALVES, E. -Estrutura organizacional do hospital moderno. *RAE, Rev. Admin. Empr.*, v. 38, n.1,p. 80-90, 1998.
- LIMA-GONÇALVES, E. & ACHÉ, C.A. - O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. *RAE, Rev. Admin. Empr.*, v.39, n.1, p.84-97, 1999
- LIPNACK, J. - *The age of network*. USA:Omnio, p. 70-71,1994.
- MALIK, A.M. - Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *RAE, Rev. Admin. Empr.*, v.32, n.3, p.32-41, 1992.
- RICHERS, R. *O que é marketing*. Edit. Brasiliense, S.Paulo, 1991.
- TRESNOWSKI, B.R. - The current interest in quality is nothing new. *Inquiry*, v.23, p.3-5, 1988 . Cit. por AKERMAN (3).
- WOOD Jr., T. & URBAN, F.T. - Gerenciamento de qualidade total: uma visão crítica. *RAE, Rev. Admin. Empr.*, v.34,n.2, p.45-59, 1994.