

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

KARINA DE OLIVEIRA ANDRADE MARQUES

**AUDITORIA DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS:
DIRETRIZES PARA UMA FISCALIZAÇÃO SISTEMÁTICA PELO
TRIBUNAL DE CONTAS DE PERNAMBUCO**

**RECIFE
2010**

Karina de Oliveira Andrade Marques

**AUDITORIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS:
DIRETRIZES PARA UMA FISCALIZAÇÃO SISTEMÁTICA PELO TRIBUNAL DE
CONTAS DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. GARIBALDI GURGEL DANTAS JÚNIOR

RECIFE
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- M357a Marques, Karina de Oliveira Andrade.
Auditoria dos hospitais públicos: diretrizes para uma fiscalização sistemática pelo Tribunal de Contas de Pernambuco / Karina de Oliveira Andrade Marques. — Recife: K. de O. A. Marques, 2010.
115 f. : il., tab.
- Dissertação (mestrado profissional em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.
1. Administração Hospitalar. 2. Gestão de Qualidade. 3. Auditoria administrativa. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. Título.

CDU 658:61.

Karina de Oliveira Andrade Marques

**AUDITORIA DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS:
DIRETRIZES PARA UMA FISCALIZAÇÃO SISTEMÁTICA PELO TRIBUNAL DE
CONTAS DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 04/06/2010

Banca examinadora

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Dr. Sidney Feitosa Farias
CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Dr. Fernando Ribeiro de Gusmão Filho
IMIP

A Deus, aos meus pais, ao meu marido Roberto e às minhas filhas, Bruna e Gabi.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pelo incentivo que é dado ao investimento e ao aperfeiçoamento profissional.

Ao Tribunal de Contas do Estado por apostar na capacitação dos servidores.

À Secretaria Estadual de Saúde pelo incentivo dado ao crescimento profissional na área de gestão.

Aos grandes hospitais públicos de Pernambuco por permitirem a realização deste estudo.

Ao Professor Garibaldi Gurgel Jr. pela oportunidade em desenvolvermos um trabalho em conjunto, pela atenção e pelos ensinamentos durante o desenrolar desta dissertação.

À equipe de auditoria em saúde do TCE/PE, representada pelos colegas e amigos: Adriana Leite, Ana Luisa, Paulo Hibernon, Roberta Branco e Valdevino Alves, pelo chefe e amigo: Geraldo Fiscina e por Roque Braz, pela colaboração na concretização deste trabalho.

À Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos do TCE/PE, representada por Lídia, Hélio, Ulca e Wirla, pela participação na realização desta pesquisa.

Aos colegas do mestrado pelo convívio e o aprendizado vivenciados e pelos momentos de cumplicidade na busca de soluções em conjunto.

À minha família, Roberto, Bruna e Gabi, meus pais e irmãos, pelo apoio, paciência e compreensão em tantos momentos.

A Deus, principalmente, por mais uma graça alcançada.

*“A experiência sem o conceito é
cega e o conceito sem a
experiência é vazio.” (Lacan)*

MARQUES, Karina de Oliveira Andrade. **Auditoria dos hospitais públicos estaduais: diretrizes para uma fiscalização sistemática pelo Tribunal de Contas de Pernambuco**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O estudo objetivou definir diretrizes para uma fiscalização sistemática dos hospitais públicos pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, a partir de investigação qualitativa, com triangulação de fontes de dados, utilizando diferentes técnicas de coleta. Inicialmente foi realizada observação participante com observador não revelado, em um grande hospital público do estado, a fim de conhecer os principais problemas percebidos pelos profissionais de saúde, relacionados ao funcionamento e à gestão da entidade. Em seguida, foi realizada pesquisa documental sobre instituições públicas hospitalares com levantamento de manuais e relatórios de gestão da assistência prestada por esses serviços de saúde. Em paralelo, foram coletados manuais padronizados de acreditação e desempenho hospitalar. Por fim, procederam-se entrevistas semi-estruturadas com membros do TCE/PE e gestores da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, com o propósito de confrontar e complementar os dados levantados sobre outros aspectos relevantes para a pesquisa. Os resultados foram categorizados em cinco grandes áreas temáticas: Gestão, Recursos Humanos, Compras, Emergência e Questões Externas. A categoria Gestão, por sua vez, foi dividida em duas subcategorias: Desempenho Hospitalar e da Gestão Administrativo-financeira. As categorias ajudaram na elaboração de diretrizes que servem de orientação para a sistematização das fiscalizações nas instituições públicas hospitalares. Esta pesquisa contribuiu para uma atuação mais efetiva do Tribunal de Contas, em busca do uso racional dos recursos públicos destinados à saúde e como subsídio para o processo de melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Palavras-chaves: Administração Hospitalar. Gestão de Qualidade. Auditoria administrativa.

MARQUES, Karina de Oliveira Andrade. **Audit of public state hospitals: direction lines for a systematic fiscalization for the Tribunal de Contas of Pernambuco.** 2010. Dissertation (Professional Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

The study aimed to define direction lines to a systematized fiscalization of public hospitals for the Tribunal de Contas of the State of Pernambuco, using qualitative strategy inquiry, with triangulation of data sources, using different techniques of collection. At the beginning, it was used participative observation with a not reveal observer at a great public hospital of the state, intending to know the main troubles perceived from the health professionals, related to the functionalism and the management of the entity. After that, it was carried through documentary research of public hospital institutions, studying the manual and the reports of assistance management provided for these health's services. In parallel, it was collected manual standards of hospital accreditation and hospital performance. At the end, interviews half-structured with members from the TCE/PE and managers of the Health Secretariat of the State of Pernambuco had been proceeded, intending to collate and to complement the data collected by other relevant aspects for the research. The results were categorized in five great thematic areas: Management, Human Resources, Purchases, Emergency and External Questions. The category Management, in turn, was divided in two subcategories: Hospital Performance and Management Administrative-financier. The categories helped at elaboration of direction lines that could orient the systematizer of the fiscalizations in the public hospital institutions. This research contributed for a more effective performance of the Tribunal de Contas, searching to the rational use of the public resources destined to the health services and as subsidy for the process of quality improvement of the health assistance provided to the users of the SUS.

Key-words: Hospital administration. Management of Quality. Administrative auditorship.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias de análise/Pesquisa Documental em hospitais públicos de PE	52
Quadro 2 - Categorias de análise/Manuais de Acreditação e Qualidade da assistência prestada pelos hospitais públicos	64
Quadro 3 – Categorias de análise/Causas relacionadas ao elevado Tempo médio de permanência hospitalar no HR.....	67
Quadro 4 – Categorias de análise/Causas relacionadas à elevada Taxa de mortalidade hospitalar no HR.....	67
Quadro 5 – Categorias de análise/Entrevistas semi-estruturadas com membros do TCE/PE.....	70
Quadro 6 – Categorias de análise/Entrevistas semi-estruturadas com gestores da saúde (SES/PE)	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHMG - Associação de Hospitais de Minas Gerais	NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
AIH - Autorização de Internação Hospitalar	ONA - Organização Nacional de Acreditação
ANOP - Auditoria de Natureza Operacional	OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
APAC - Autorização de Procedimento de Alto Custo	PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
BP - Banco de Preços	Pro-Hosp - Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG
BPA - Boletim de Procedimento Ambulatorial	RH - Recursos Humanos
BPS - Banco de Preços em Saúde	SAME - Serviço de Arquivo Médico
CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação	SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	SES - Secretaria Estadual de Saúde
CHNIO - Comissão Hospitalar de Notificação e Investigação de Óbitos	SMPAS - Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde
CQH - Controle da Qualidade Hospitalar	SNA - Sistema Nacional de Auditoria
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS	SUS - Sistema Único de Saúde
DQAI - Departamento de Qualidade e Análise Institucional	TCE - Tribunal de Contas do Estado
FBH - Federação Brasileira de Hospitais	TCU - Tribunal de Contas da União
FES - Fundo Estadual de Saúde	TMP - Tempo Médio de Permanência
IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	TO - Taxa de Ocupação
INDG - Instituto Nacional de Desenvolvimento Gerencial	TXMG - Taxa de Mortalidade Geral
MBC - Movimento Brasil Competitivo	TXMI - Taxa de Mortalidade Institucional
MPSC - Ministério Público de Santa Catarina	UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
MS - Ministério da Saúde	UGE - Unidade Gestora Executora
	UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Os Tribunais de Contas e o Controle Externo	20
3.2 Fiscalizações na área da saúde pública	23
3.3 A Gestão pública hospitalar	25
3.4 A Qualidade nos Serviços de Saúde	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1 Tipo de Estudo	33
4.2 Trabalho de campo	34
4.3 Coleta de dados	34
4.3.1 Observação participante	35
4.3.2 Pesquisa documental	37
4.3.3 Entrevistas semi-estruturadas	38
4.4 Organização e análise dos dados	41
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
6 RESULTADOS	46
6.1 Observação participante em um hospital público de Pernambuco	47
6.2 Análise documental dos hospitais públicos estaduais	51
6.3 Análise documental de manuais e relatórios	57
6.3.1. Manual de Acreditação Hospitalar da ONA	58
6.3.2. Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar do CBA	59
6.3.3 Acreditação Hospitalar no Brasil segundo Malik e Schiesari	61
6.3.4 Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)	62
6.3.5 Modelo de Relatório estatístico do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)	65
6.3.6 Relatório de consultoria do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG) - HR/2009.	66

6.4 Entrevistas semi-estruturadas com os membros do TCE/PE	68
6.5 Entrevistas semi-estruturadas com os gestores da saúde	71
7 DISCUSSÃO	74
7.1 Gestão	75
7.1.1 Desempenho hospitalar	75
7.1.2 Gestão administrativo-financeira	79
7.2 Recursos humanos	81
7.3 Emergência	85
7.4 Compras	88
7.5 Questões externas	91
8 CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	108

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais constituem um dos componentes mais importantes e onerosos do SUS, no entanto, permanecem sem receber a atenção adequada pelos formuladores de políticas públicas. A gestão hospitalar no Brasil é complexa e cara e o seu controle é desafiador, o que exige profundo e amplo conhecimento acerca de todos os componentes que constituem essas unidades de saúde, a fim de integrá-los de forma efetiva. Assim, apesar de ocuparem posição estratégica dentro do sistema e receberem uma expressiva parcela de recursos - 45% dos recursos federais destinados à área de saúde -, não asseguram a prestação de uma assistência de boa qualidade com eficiência (COUTO; PEDROSA, 2007).

Atualmente, estas instituições ainda são responsáveis por grande parte da assistência oferecida, liderando a prestação de serviços em saúde. Ao mesmo tempo, a rede hospitalar do país pode ser considerada pluralista, apresentando um complexo mix de organizações hospitalares de diversas naturezas, sendo composta por uma ampla gama de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, abrangendo tanto o setor público quanto o privado. Este sistema revela-se, ainda, altamente estratificado, onde a maioria dos estabelecimentos é dependente de financiamento público e oferece serviços ineficientes e de baixa qualidade (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Nessas unidades de saúde, o acesso aos recursos do SUS permanece difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação. A situação da atenção prestada por esses hospitais é de uma crise, que envolve os gestores públicos, empresários do setor, profissionais e trabalhadores dessas unidades e, finalmente, a população usuária, que é a mais prejudicada pela inoperância desses serviços (BRASIL, 2004).

Para Barbosa (1996), a saúde pública do país sempre foi marcada pela ausência quase completa de compromisso e resultados, grande irracionalidade e desperdício de recursos, refletindo numa gestão pública hospitalar com dificuldades em incorporar uma política de tecnologia, de informatização, de modernização administrativa, e de recursos humanos comprometidos com o serviço. Santos (2006) afirma que apesar dos avanços significativos do SUS, a administração pública brasileira continua com baixa capacidade operacional, fraco poder de decisão,

controles sem qualidade e essencialmente formais, além de sofrer influências de políticas externas.

Nos últimos anos, Pernambuco apresentou importante crescimento da rede básica de saúde, entretanto, manteve quase que inalterada a situação da superlotação dos hospitais públicos, particularmente dos serviços de urgência e emergência, determinada tanto pela baixa resolutividade dos níveis de atenção básica e de média complexidade, assim como pelas dificuldades internas enfrentadas pelas organizações hospitalares, que vão desde uma gestão desprofissionalizada até um corpo profissional que não se sente responsável pelo bom desempenho do serviço.

Em Pernambuco, assim como na maior parte do país, as instituições públicas hospitalares encontram-se inseridas na estrutura da administração direta do Estado, sendo geridas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE), sem desfrutarem de autonomia na gestão do próprio serviço.

Atento às dificuldades enfrentadas pela saúde pública, constantemente exposta na mídia, o Tribunal de Contas de Pernambuco (TCE/PE) - órgão auxiliar da Assembléia Legislativa no controle externo da administração financeira e orçamentária estadual - criou, em 2003, o cargo de Auditor de Contas Públicas para a Área de Saúde, que foi preenchido por concurso público, em 2005, por profissionais das seguintes áreas: Enfermagem, Medicina e Odontologia (PERNAMBUCO, 2003).

O controle exercido pelo TCE nos serviços públicos de saúde ocorre por meio de auditorias de prestação de contas, auditorias de acompanhamento, apuração das denúncias feitas à Ouvidoria e apuração das demandas externas encaminhadas pelos mais diversos órgãos.

O TCE/PE foi pioneiro, dentre os tribunais, na incorporação - no seu quadro de auditores - de profissionais de saúde com competência para fiscalizar especificamente os recursos públicos da saúde. Até então, as auditorias do Fundo Estadual de Saúde (FES) eram realizadas por auditores das contas públicas, no âmbito da SES/PE e, de forma incipiente nos hospitais, tendo como focos principais a legalidade e a conformidade contábil-financeira.

Tal pioneirismo trouxe um novo desafio ao TCE de Pernambuco: a ampliação do escopo das auditorias já realizadas, passando a atuar, também, nos aspectos que envolvem a gestão e a qualidade da assistência prestada aos usuários nas

organizações hospitalares. Essa nova direção tomada pela auditoria de saúde do Tribunal de Contas vem ocorrendo, entretanto, de forma assistemática com base nas experiências profissionais e individuais de cada um dos membros da equipe, sem que haja diretrizes definidas institucionalmente, que possam subsidiar a fiscalização dos hospitais públicos estaduais pelo TCE/PE. Desse modo, a pesquisa apresentou a seguinte pergunta condutora:

Que diretrizes devem nortear o Tribunal de Contas de Pernambuco para a sistematização das fiscalizações nos hospitais públicos estaduais?

Com base no contexto acima e na vivência da autora junto ao TCE e aos serviços de saúde - tanto na fiscalização como na assistência - surgiu o interesse do presente estudo em buscar diretrizes para uma sistematização das auditorias realizadas nos grandes hospitais públicos. Essa pesquisa pretendeu, assim, estabelecer as bases para uma prática de auditoria nessas organizações, respaldando a experiência adquirida durante cinco anos de atuação da equipe de saúde do TCE/PE, com o conhecimento científico, contribuindo para uma maior efetividade das ações deste órgão frente às demandas impostas pela sociedade.

O presente trabalho justificou-se, também, por existirem poucos estudos, que permitam desenhar um diagnóstico preciso da dimensão gerencial dos estabelecimentos hospitalares no país, além da relevância social, econômica e política da saúde pública do Estado de Pernambuco.

Este trabalho foi dividido em oito capítulos, iniciando-se com uma breve Introdução no capítulo 1, seguida dos Objetivos geral e específicos da pesquisa no capítulo 2. No terceiro, foi levantado o Referencial teórico relacionado ao tema e no capítulo 4, descrito todo o Percurso metodológico. As Considerações éticas, por sua vez, foram abordadas no quinto capítulo e os Resultados apresentados no sexto. Finalmente, a Discussão dos resultados foi realizada no capítulo 7 e a Conclusão elaborada no oitavo.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Definir as diretrizes para a sistematização das fiscalizações exercidas pelo Tribunal de Contas de Pernambuco nos hospitais públicos estaduais.

2.2 Objetivos específicos

- a) identificar as percepções das diferentes categorias profissionais - através da observação participante em um grande hospital público estadual - acerca dos principais problemas relacionados ao funcionamento e à gestão hospitalar;
- b) analisar documentos e informações colhidos em quatro grandes hospitais públicos estaduais;
- c) analisar padrões, procedimentos de avaliação, de auditoria e indicadores já implementados pelas instituições envolvidas com a qualidade destes serviços.

3 Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Os Tribunais de Contas e o Controle Externo

O controle externo é a fiscalização e a apreciação das prestações de contas dos responsáveis pela coisa pública, quando exercidas por um ente que está fora do âmbito no qual o fiscalizado está inserido. Quando tal controle é exercido na própria hierarquia da administração é chamado simplesmente de controle (como parte das funções de gerência). Quando é exercido por órgão especializado, porém, pertencente ao mesmo âmbito de poder na qual a administração está inserida, chama-se controle interno (CHAVES, 2007).

Os Tribunais de Contas (TC) são órgãos constitucionais de controle externo e surgiram da necessidade de estabelecerem-se bases novas para a fiscalização da execução orçamentária (MARANHÃO, 1990). No Brasil, a nível federal, o controle externo é exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União (TCU). Nos demais níveis federativos, este controle é exercido, por simetria constitucional, pelas assembleias legislativas e câmaras de vereadores, com o auxílio dos tribunais de contas estaduais, dos tribunais ou conselhos de contas dos municípios e de tribunais de contas municipais, conforme o caso. O principal fator que distingue a competência federal, estadual ou municipal é a origem orçamentária primária dos recursos controlados.

Toda atividade financeira do Estado é objeto do controle externo, o qual, por isso, alcança todos os órgãos que arrecadam, guardam ou aplicam fundos públicos. Os focos do controle externo são: legalidade, legitimidade, economicidade, eficácia, eficiência, efetividade, conformidade contábil-financeira, equidade e ecologicidade.

A legalidade refere-se à conformidade com os normativos legais, enquanto a legitimidade está relacionada com o respeito ao interesse público, à impessoalidade e à moralidade. A conformidade contábil-financeira trata da obediência aos regulamentos contábeis e financeiros. O controle da eficácia verifica o alcance das metas propostas para a gestão, ao passo que o controle da eficiência analisa os meios utilizados em relação aos resultados alcançados pela administração. A

economicidade está ligada à relação custo/benefício, incluída no conceito de eficiência. O controle da efetividade, por sua vez, examina os impactos dos resultados alcançados pela ação administrativa. A ação efetiva combina eficácia e eficiência. O controle da equidade analisa se as ações administrativas respeitam a isonomia entre os administrados. Finalmente a ecologicidade visa garantir a conservação dos recursos naturais às futuras gerações (CHAVES, 2007).

A auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, pelos processos e resultados gerenciais, e a aplicação de recursos públicos por entidades de direito público e privado, mediante a confrontação entre uma situação encontrada com um determinado critério técnico, operacional ou legal. Atua para corrigir os desperdícios, a improbidade, a negligência e a omissão e, principalmente antecipando-se a essas ocorrências, buscando garantir os resultados pretendidos, além de destacar os impactos e benefícios sociais advindos (CHERMAN, 2005).

Para Jund (2006), a finalidade básica da auditoria é comprovar a legalidade e a legitimidade dos atos e fatos administrativos e avaliar os resultados alcançados, quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e economicidade da gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil e finalística das unidades e das entidades da administração pública, bem como a aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado, quando legalmente autorizadas nesse sentido.

Gomes (2002) distingue os seguintes tipos de auditoria que são exercidas pelos Tribunais de Contas na fiscalização da aplicação dos recursos públicos:

- Auditoria Financeira e Orçamentária: se utiliza de técnicas com o enfoque, principalmente, dos exames de transações, registros dos sistemas contábeis e informações financeiras;
- Auditoria de Legalidade ou de Cumprimento: constata se todos os atos, fatos e operações administrativo-financeiras estão sendo conduzidos de acordo com a política e os processamentos prescritos nas leis e normas jurídicas;
- Auditoria Operacional, também denominada de gerencial, de eficiência e efetividade de programas, rendimentos e responsabilidade, ou de função: adota o enfoque, a técnica e a metodologia de avaliar a eficiência e a economia com que se administram e gastam os recursos públicos.

Jund (2006) afirma ainda que há outras modalidades de auditoria como:

- Auditoria de Gestão: tipo de auditoria governamental, a qual cumpre o exame e a avaliação sobre sistemas políticos, critérios e procedimentos utilizados pela entidade na área de planejamento estratégico, tático e, principalmente, no processo decisório;
- Auditoria de Avaliação da Gestão: objetiva emitir opinião com vistas a certificar a regularidade das contas, verificar a execução de contratos, convênios, acordos ou ajustes, a probidade na aplicação dos dinheiros públicos e na guarda ou administração de valores e outros bens do ente federativo ou a ele confiados.

A Auditoria de Acompanhamento da Gestão, por sua vez, é realizada ao longo dos processos de gestão, com o objetivo de se atuar em tempo real sobre os atos efetivos e os efeitos potenciais positivos e negativos de uma entidade, evidenciando melhorias e economias existentes no processo ou prevenindo gargalos ao desempenho da sua missão institucional (CHERMAN, 2005).

Aos Tribunais de Contas compete, na forma estabelecida pelas respectivas Leis Orgânicas, apreciar as contas prestadas pelos chefes do Poder Executivo e a legalidade dos atos de admissão de pessoal e das concessões de aposentadorias, reformas e pensões; julgar as contas prestadas pelo Poder Legislativo, Judiciário, Ministério Público e administradores das unidades dos poderes e das entidades da administração indireta, incluídas as fundações, fundos, organizações não governamentais mantidas pelo poder público e as agências reguladoras. Além de, fiscalizar as contas das empresas públicas e sociedades de economia mista e a aplicação de recursos repassados pelo ente federativo a pessoas jurídicas de direito público ou privado (PERNAMBUCO, 2004).

Os Tribunais de Contas são órgãos com missões constitucionais de resguardo da coisa pública, interessados na realização do bem comum. Na atualidade, os Tribunais têm uma função muito mais dinâmica do que a revisão do controle contábil, por entender que a missão mais nobre da Corte é a avaliação dos resultados, e não dos meios, em razão dos recursos despendidos, bem como do benefício colhido pela comunidade. Ao fiscalizar a aplicação dos recursos públicos, esses órgãos atentam para a maneira pela qual aqueles recursos foram utilizados e os resultados sociais alcançados (GOMES, 2002).

Em virtude da soma de atribuições acumuladas pelo TC, há entendimentos divergentes no que se refere a situá-lo no sistema dos poderes. Não é órgão do

Executivo, mas fiscaliza-o. Apesar de ter a função de julgar, não é órgão do Judiciário, e mesmo tendo afinidades com o Legislativo, não o integra (MARANHÃO, 1990).

Para Mello (1984), o TC, conquanto seja órgão auxiliar do Poder Legislativo, não lhe integra a unidade estrutural. De outra parte, como é evidente, menos ainda se encaixa no Poder Executivo, visto que o controlador não pode ser uma dependência do controlado. Além disso, não é órgão componente do Poder Judiciário. Portanto, para o autor, o TC não está estruturalmente, organicamente, albergado dentro desses três aparelhos em que se divide o exercício do Poder, mas, é um conjunto orgânico autônomo.

Apesar disso, nos Estados, três dos sete Conselheiros são escolhidos pelo Governador e quatro pela Assembléia Legislativa. Os indicados pelo Governador devem se submeter, ainda, à aprovação da Assembléia Legislativa, estando os requisitos constitucionais para a nomeação dos membros dos Tribunais de Contas previstos no Art. 73 da CF/88 (PASCOAL, 2006).

Pode-se dizer que os tribunais de contas são tribunais administrativos, dotados de jurisdição sobre administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo poder público, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público (BRASIL, 1988).

3.2 Fiscalizações na área da saúde pública

As fiscalizações realizadas na rede de saúde pública do país são exercidas por órgãos dotados de diferentes competências e, que mantêm pouca articulação entre si.

A Carta Magna (BRASIL, 1988) dispõe que:

Art.197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos Termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou

através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A Lei n.º 8.080/90 estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, ficando reservada à União a competência privativa para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

O Sistema Nacional de Auditoria foi criado pela Lei nº 8.689 de 07 de março de 1993, artigo 6º, e regulamentado pelo Decreto-Lei nº 1.651 de 28 de setembro 1995, se constituindo num sistema atípico, singular, diferenciado e legítimo. A operação do sistema de auditoria ocorre de forma descentralizada, com definição das competências de cada esfera de governo. O Decreto nº 1.651/94 definiu que as atividades de auditoria ficam a cargo do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

O Sistema é integrado por uma Comissão Corregedora Tripartite, composta pela direção nacional do SUS, representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde. O componente federal do SNA é representado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), órgão integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Além do componente federal, o SNA exerce as suas atividades em todo o território nacional por meio dos seus componentes estaduais e municipais.

De acordo com o Decreto n.º 5.974/06, o DENASUS tem a responsabilidade de executar as atividades de auditoria e fiscalização especializadas no âmbito do SUS, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção a saúde oferecida aos cidadãos (BRASIL, 2006).

Cabem ao nível Estadual as seguintes competências, para atividades de auditoria: aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios; as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde; os serviços de saúde sob sua gestão; os serviços municipais e os consórcios intermunicipais de saúde; as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria (CALEMAN; MOREIRA; SANCHEZ, 1998). O SNA funciona de

forma complementar aos sistemas de controle interno e externo, os quais, através das suas atividades, possibilitam analisar o gasto público, aumentando o grau de transparência e a confiabilidade da gestão pública.

No sistema de controle externo estão inseridos os Tribunais de Contas, cujas auditorias se aproximam de uma avaliação externa do tipo normativa. De acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997), é externa porque a equipe que executa a fiscalização não faz parte da organização que será auditada, e é considerada normativa porque é feito um julgamento a partir da comparação dos recursos (estrutura), dos serviços produzidos (processo) e dos resultados obtidos com critérios e normas aplicáveis.

À Auditoria de Saúde do TCE/PE cabe a fiscalização das despesas dos órgãos da Administração Direta e Indireta do Estado, que atuam na área da saúde pública, abrangendo a análise dos respectivos processos licitatórios e de contratação, com vistas à quantificação, qualidade e a economicidade dos medicamentos e insumos adquiridos para uso em estabelecimentos hospitalares, ambulatoriais ou outros fins. Compete, ainda, aos auditores verificar a economicidade, qualidade, eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados na área da saúde pública pelo Estado e Municípios (PERNAMBUCO, 2003).

3.3 A Gestão pública hospitalar

A organização hospitalar é considerada um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. O hospital constitui um centro de interação de várias disciplinas e profissões, incorporando tecnologias, gerando um modelo assistencial com uma variedade enorme de itens e graus de diversidade (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Os hospitais estão no centro do universo dos cuidados da saúde. Eles são parte crítica do orçamento do governo, absorvendo quase 70% das despesas públicas em saúde e estão na vanguarda das discussões políticas. As discussões refletem sua promessa como centros de inovação tecnológica e avanços médicos,

bem como a preocupação generalizada com relação ao seu custo e qualidade (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

O sistema hospitalar do Brasil é dito pluralista, pois uma série de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade abrange tanto os setores públicos quanto os privados, mantendo uma longa tradição de financiamento público de instalações privadas. É também altamente estratificado, visto que poucos hospitais são centros de excelência de categoria internacional, que atendem à minoria da população.

Para Dussault (1992), a dificuldade da gestão no setor saúde é dada pela complexidade dos problemas a resolver e pela natureza dos serviços a produzir. Para que a gestão dos serviços de saúde seja eficiente, são necessárias que sejam criadas condições organizacionais congruentes com as peculiaridades e as exigências da produção de serviços profissionais no contexto público.

Segundo Mintzberg (1979), os hospitais constituem organizações que dependem para funcionar bem, de seus operadores e, portanto, são chamadas Burocracias Profissionais. O ambiente dessas unidades de saúde é complexo e a autonomia profissional limita o papel dos gerentes e da tomada de decisão. O trabalho nos hospitais públicos, conseqüentemente, é difícil de ser controlado, e, portanto a centralização e a burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de bom nível.

Nos sistemas de saúde, o poder se localiza em diferentes partes da estrutura organizacional. Segundo Gurgel Jr. (2003), essa particularidade confere alguns problemas de condução no processo de implementação de políticas. Nos hospitais e demais unidades de saúde, o poder está concentrado no núcleo operacional, e o controle do processo de trabalho se dá por padronização de habilidades e isso gera um fluxo ascendente de resistência às ordens emanadas do nível central. Neste nível o poder se localiza na gerência intermediária e o processo de trabalho se baseia no controle de desempenho das unidades de saúde. Esse hibridismo estrutural é um desafio a condução de sistemas e serviços de saúde.

Alguns estudos apontam o hospital como uma das organizações mais complexas de serem administradas (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; VECINA NETO, 2007). Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneos: hotel, serviços médicos, lavanderia, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos,

etc., se constituindo em um organismo regido por normas vindas de diversos órgãos e instituições.

Em relação à gestão dos recursos materiais de um hospital, Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) apontam que uma das maiores dificuldades reside na distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio, fato que se repete na administração de recursos humanos e outros sistemas atuantes nas unidades. Para os autores, a administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

Em um hospital, os gastos com materiais representam aproximadamente 15 a 25% das despesas correntes, sendo registrados cerca de 3.000 a 6.000 itens de consumo, que são adquiridos com frequência no sistema de materiais de um hospital. Tais fatos revelam a complexidade do seu processo produtivo.

Quanto à gestão financeira dos serviços de saúde, pode-se afirmar que os recursos disponíveis são, por definição, limitados e muitas vezes insuficientes para cobrir todas as necessidades. Os gestores e prestadores de serviços têm, portanto, a necessidade e responsabilidade de utilizar esses recursos da melhor maneira possível, buscando a eficiência e a maximização do impacto e da qualidade dos serviços (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998). Esses autores apontam como uma das estratégias para superar a crise na gestão financeira desses serviços implica na necessidade em se ter numa maior flexibilidade - e, portanto, autonomia - na gestão financeira das unidades prestadoras de serviços, que, por sua vez, requer a profissionalização dessa gestão.

Os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e gestão. Se por um lado esses serviços têm de respeitar normas de qualidade, por outro, não podem estar formalizados demais. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários. Os usuários por sua vez, no setor saúde, nem sempre têm a informação para definir suas necessidades e a maneira de atendê-las (DUSSAULT, 1992).

A modificação nos estilos de gestão dos serviços ou estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver simultaneamente problemas associados à eficiência, eficácia e efetividade, com impactos sensíveis na redução dos custos dos sistemas de saúde. Todas essas formas têm em comum a questão

da autonomia da gestão do serviço de saúde, seja ele público ou privado (MEDICI, 1995).

No Brasil, o gestor nacional do SUS, afirma que os hospitais trabalham com um sistema de contrato bastante artificial e/ou formal, ultrapassado do ponto de vista do estabelecimento de horizontes comuns que auxiliem na tomada de decisões, reorientação de ações e avaliação dos serviços. Para o Ministério da Saúde é necessário incorporar ao processo de contrato os aspectos referentes à regulação e à avaliação dos serviços - não apenas dos seus resultados, mas também da gestão dos serviços hospitalares e da sua relação com a rede de serviços mais ampla (BRASIL, 2004). De acordo essa publicação oficial sobre a reforma hospitalar o MS aponta os seguintes eixos norteadores: garantia do acesso, humanização, inserção dos hospitais na rede de serviços, democratização da gestão, estabelecimento de contratos de serviços, descentralização e regionalização.

Quaisquer esforços para melhorar a qualidade e a eficiência dos hospitais públicos dependerão do aumento da motivação e da pró-atividade de seus gerentes. Nas condições atuais, mesmo os gerentes mais motivados e treinados terão dificuldades para melhorar o desempenho, pois muitas decisões-chave são tomadas fora do hospital. Restrições rígidas no gerenciamento prejudicam os esforços para aumentar a responsabilização (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Para o aumento da autonomia e da responsabilização dos hospitais públicos, esses autores apontam a necessidade de criação de um controverso programa de parceria público-privado para fortalecer os acordos de governabilidade em hospitais privados conforme o contrato do SUS, incluindo reforma e implementação normativa, fortalecendo a contratação e estimulando a concorrência. De acordo com La Forgia e Couttolenc (2008), para que se promova a responsabilização da gestão na utilização dos recursos, são necessários arranjos contratuais sólidos e monitoramentos.

Os contratos de gestão ou contratos de serviço são formas clássicas utilizadas para tornar autônoma a gerência dos serviços de saúde e surgiu na França, em fins dos anos 60. Essa forma de gestão se baseia na negociação da autonomia de um estabelecimento ou de uma rede de serviços de saúde, mediante determinadas cláusulas contratuais. Por estas cláusulas, os serviços de saúde deixam de ter meios controlados pelo Estado e passam a ser independentes para usar o orçamento que lhe foi conferido. No entanto, o estabelecimento se vê

obrigado a negociar e cumprir metas finalísticas de quantidade/qualidade dos serviços fixadas, de forma negociada com o Estado.

Por outro lado, La Forgia e Couttolenc (2008) embora seja um ingrediente necessário, a autonomia em si não é capaz de melhorar o desempenho nos hospitais públicos. Também são necessários contratos de serviço, cumprimento dos contratos, financiamento baseado em desempenho, gerenciamento de recursos humanos flexível e um sólido ambiente de informações.

3.4 A Qualidade nos Serviços de Saúde

Apesar do tema qualidade em serviços de saúde não ser considerado inovador, assim como o discurso de busca da excelência nesses serviços, ainda existe um número baixo de instituições de saúde que implementaram ou estão implementando alguma iniciativa de gestão da qualidade (MALIK; TELES, 2001).

Segundo García (2001), o termo qualidade se aplica a excelência, à perfeição de um processo, à obtenção de bons resultados com uma determinada técnica ou procedimento. Para Vuori (1989), a noção da qualidade varia entre os interesses dos diferentes grupos: planejadores de saúde, administradores, prestadores de serviços e consumidores, os quais podem conceituar a qualidade de diferentes maneiras, enfatizando mais alguns dos diversos aspectos que a constituem.

Avedis Donabedian, considerado o fundador do campo da qualidade em serviços de saúde, introduziu, em 1966, os conceitos de estrutura, processo e resultado, com o objetivo de orientar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Por estrutura são definidas não apenas a estrutura física, mas também a referente aos recursos humanos e financeiros necessários. O conceito de processo equivale à existência de um padrão normativo. Por resultado, entendem-se as conseqüências do atendimento, ou seja, a mudança ocorrida no estado de saúde do paciente, a melhora na função social e psicológica, assim como a satisfação do paciente, o conhecimento adquirido e a mudança no seu comportamento (DONABEDIAN, 1980).

Para Donabedian (1990), a qualidade na assistência à saúde, definida pelos clássicos sete pilares - eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade - resulta basicamente de dois fatores: a ciência e a tecnologia aplicadas à assistência à saúde e a real aplicação dessa ciência e tecnologia à prática. Donald Berwick (1994) apontou como a principal fonte de falhas de qualidade, os problemas nos processos, devendo o controle de qualidade se concentrar nestes.

No Brasil, a preocupação em avaliar instituições hospitalares data da década de 40. Desde então, instrumentos para a avaliação externa dos serviços de saúde passaram a ser desenvolvidos a fim de garantir padrão hospitalar nacional. Ao longo destes anos o processo de avaliação hospitalar foi descontinuado. A década de 90 é marcada pela introdução do modelo de Acreditação Hospitalar, que teve como uma das características o fato de que a definição dos critérios se dá por especialistas da área, reconhecidos e legitimados (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Entre os modelos de acreditação usados no Brasil está o que se utiliza de padrões internacionais, como o da Joint Commission International, representada no Brasil pelo Consórcio Nacional de Acreditação (CBA) e o modelo nacional da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que é o mais difundido no país. A ONA foi criada em 1998 e atua de forma descentralizada, credenciando organizações acreditadoras mediante o cumprimento de critérios preconizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (SCHIESARI; KISIL, 2003).

A Acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Pretendia-se contribuir para progressiva mudança planejada de hábitos, por meio de estímulo aos profissionais, servindo como subsídio para o estabelecimento de metas e para o aprimoramento da qualidade da assistência (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Em 2001, o Ministério da Saúde preocupado com a imagem do SUS e de seus serviços junto à população, instituiu o programa atualmente conhecido como Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) definido como instrumento de apoio à gestão do SUS em relação à qualidade da assistência oferecida aos seus usuários. Este programa foi criado no sentido de avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação dos cidadãos com os serviços públicos de saúde, na busca de sua melhor resolubilidade e qualidade. Da mesma forma, outros dois

projetos - o REFORSUS e o QUALISUS - se ocuparam da mesma questão sob a forma de investimentos, formação de RH e consultorias, no final dos anos de 1990 e em 2003, respectivamente (MALIK, 2005).

Nos dias atuais, outro modelo não específico da área de saúde, porém bastante utilizado é o ISO. As atividades da área de assistência à saúde nas quais o ISO é mais utilizado são unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, como laboratórios e bancos de sangue.

Para La Forgia e Couttolenc (2008), o governo é o responsável por garantir a qualidade em todos os hospitais, públicos e privados. Os padrões de qualidade já existem sob a forma de requisitos de concessão de licença e sistemas de acreditação, sancionados pelo próprio governo. Infelizmente, a implementação dessa qualidade tem sido escassa e a obtenção de padrões não garante o seu aumento, mas muitas ações críticas necessárias para melhorar esta qualidade ocorrem no nível hospitalar sob a liderança da direção.

Considerando-se, portanto, a necessidade e a dificuldade em se garantir a qualidade da assistência prestada nos grandes hospitais públicos - por meio da implementação de padrões - os tribunais de contas, como órgãos dotados de competência para fiscalizar essas unidades públicas de saúde, assumem o papel de avaliadores externos destes serviços. O TCE/PE atua, por lei, na perspectiva de contribuir para a melhoria dessas organizações, em benefício da sociedade, a partir da definição de diretrizes, que subsidiem um processo sistemático de fiscalização.

4 Percurso Metodológico

4.1 Tipo de Estudo

Segundo Minayo (2004a, p. 21), “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, que não podem ser reduzidas a operacionalização de variáveis. Ela reconhece a existência de múltiplas realidades, e não uma realidade única e objetiva. Portanto, os conhecimentos desenvolvidos são também múltiplos, reconhecendo a variedade de perspectivas dos diferentes atores sociais (PÉREZ; NAVARRETE, 2006).

Para Taylor e Bodgan (1996), a pesquisa qualitativa é humanista, indutiva, focaliza as pessoas, cenários e grupos de modo holístico, além de procurar compreender as pessoas, levando em conta o quadro de referências delas próprias. Os autores consideram, ainda, que a pesquisa qualitativa é artesanal, pois seus métodos não têm sido refinados e padronizados como as outras abordagens de pesquisa. Ainda para para Minayo (2004b), a pesquisa qualitativa se torna importante para compreender as relações que se dão entre atores sociais no âmbito das instituições e para avaliação das políticas públicas e sociais.

A investigação qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006). Ela não se submete a distorções nem controles experimentais, trata de compreender as pessoas dentro do seu contexto.

Este tipo de pesquisa utiliza um processo de coleta de informação intensivo, combinando com frequência várias técnicas de forma complementar - observação, entrevistas e análise de documentos (PÉREZ; NAVARRETE, 2006). Além disso, o investigador segue um desenho de estudo flexível, aberto e circular e a interação dele com o sujeito da pesquisa é flexível e interativa.

A estratégia qualitativa de investigação é a que se enquadra no presente estudo, tendo sido os dados coletados por meio de três diferentes técnicas. Inicialmente, foi realizada observação participante em um grande hospital público da região metropolitana do Recife que contribuiu para conhecer os principais problemas

percebidos pelos profissionais de saúde quanto ao funcionamento e a gestão da organização. Posteriormente, foi combinada a técnica de pesquisa documental em outros quatro grandes hospitais públicos e em manuais e relatórios sobre gestão e a qualidade da assistência prestada em serviços de saúde. Finalmente, procederam-se entrevistas semi-estruturadas com membros do TCE e gestores da Secretaria Estadual de Saúde em Pernambuco, dentro do contexto natural onde estes exerciam suas funções.

4.2 Trabalho de campo

O trabalho de campo compreendeu a realização de observação participante em um grande hospital público da rede própria da Secretaria de Saúde de Pernambuco e a coleta de documentos em outros quatro hospitais localizados na região metropolitana do Recife. Atualmente, é nesses hospitais que se encontra centrada à atenção às urgências do Estado, objeto de fiscalização da equipe de auditores da saúde do TCE/PE.

4.3 Coleta de dados

De acordo com Gil (1999, p. 42), pesquisa científica é definida “como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”. Assim, o que caracteriza a pesquisa como sendo de cunho científico é a forma ou instrumentos que a mesma utiliza nas etapas para a solução de determinado problema.

Esta pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas: inicialmente, foi adotada a técnica de observação participante em um grande hospital público de Pernambuco, com o propósito de compreender e explorar o problema estudado. Essa etapa foi

seguida da pesquisa documental, quando foram coletados documentos e informações de outros quatro grandes hospitais da rede pública estadual, localizados na região metropolitana do Recife. A pesquisa documental incluiu também a coleta de manuais e relatórios dos mais diversos órgãos envolvidos com a gestão e a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Finalmente, foram realizadas as entrevistas abertas, por se entender que essas possibilitariam um aprofundamento sobre o tema. Elas ocorreram com quatro membros do Tribunal de Contas de Pernambuco, que foram escolhidos por estarem mais envolvidos com as questões relativas à fiscalização e ao julgamento na utilização dos recursos destinados à saúde do Estado e, dois gestores da saúde, os quais foram selecionados por fazerem parte da gestão administrativa e executiva da Secretaria Estadual de Saúde, ocupando papéis relevantes no conhecimento acerca dos hospitais e na tomada de decisão.

A opção em realizar seis entrevistas foi tomada com o intuito de se confrontar e complementar a partir de indivíduos que ocupavam funções estratégicas na gestão da saúde do Estado e no TCE/PE - as questões já levantadas na pesquisa, obtendo outros dados considerados relevantes, que não puderam ser coletados através da observação e dos documentos. As entrevistas foram gravadas em meio eletrônico e posteriormente transcritas com editor de texto em Microsoft Word versão 2003.

4.3.1 Observação participante

A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Para Lakatos e Marconi (2004, p. 275), “não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar”. A referida técnica pode ser utilizada como procedimento científico à medida que atende aos seguintes requisitos: serve a um objetivo formulado de pesquisa; é sistematicamente planejada; é registrada metodicamente e é submetida à verificação e controle de validade e precisão.

Através da observação, se descrevem reflexões pessoais, vivências, percepções, expectativas, relações estabelecidas com os sujeitos, sentimentos e expressões (PÉREZ; NAVARRETE, 2006).

Para Contandriopoulos *et al.* (1999) há quatro grandes tipos de observação dos indivíduos: a observação sistemática, a observação ligada à entrevista, a observação participante e a observação livre, que se distinguem pela distância entre o pesquisador e a ação que se desenvolve.

A observação é participante quando há participação real do pesquisador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. O observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de membro do grupo e, deverá decidir se revela ao grupo que o está observando ou não (GIL, 2007).

As vantagens desta técnica são: facilitar o rápido acesso a dados sobre situações habituais em que os membros das comunidades se encontram envolvidos; possibilitar o acesso a dados que a comunidade ou grupo considera de domínio privado e captar as palavras de esclarecimento que acompanham o comportamento dos observados. Como desvantagens são apontadas as restrições, que podem significar uma visão parcial do objeto estudado e a desconfiança do grupo investigado em relação ao pesquisador.

Este é o tipo de observação que implica em dados mais reativos porque o pesquisador está menos distante dos seus sujeitos. Ele interage plenamente com os sujeitos sem que haja distinção entre sujeito-pesquisador. Não há uma grade de observação, mas apenas pontos que guiam a atenção do pesquisador. Ele focaliza mais os aspectos qualitativos do que quantitativos do fenômeno sob estudo.

Segundo Yin (2005), os fenômenos de interesse do pesquisador não são genuinamente de caráter histórico, mas podem encontrar-se disponíveis para observação alguns comportamentos ou condições ambientais relevantes e nesses casos, pode ser utilizada a observação direta para captá-los.

A observação foi selecionada como uma das técnicas de coleta de dados neste trabalho, devido à possibilidade de se captar uma variedade de situações às quais não se teria acesso somente por meio de perguntas realizadas aos trabalhadores (LIMA *et al.*, 1999). A observação direta do processo de trabalho em operação viabiliza o esclarecimento de sua lógica interna, pois permite acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores, suas relações recíprocas, as relações mantidas com o objeto de trabalho e como se processa a

produção de serviços de saúde.

No presente estudo, a observação participante foi aplicada em um grande hospital público. Os dados foram levantados pelo pesquisador que atuou como observador não revelado, isto é, como observador oculto, que interagiu com os diversos grupos profissionais - maqueiros, vigilantes, recepcionistas, técnicos, enfermeiros, médicos e diretores - no transcorrer dos trabalhos de auditoria de natureza operacional (ANOP) da instituição, da qual fez parte da equipe.

A ANOP é a modalidade de controle - exercida pelo Tribunal de Contas da União e parte dos tribunais de contas estaduais - que mais se desenvolveu nas últimas décadas e teve um importante papel na modernização das instituições públicas em países como a Grã-Bretanha, os Estados Unidos e o Canadá. Ela consiste na avaliação sistemática dos programas, projetos, atividades e sistemas governamentais, assim como dos órgãos e entidades jurisdicionadas ao Tribunal.

Há duas modalidades de ANOP: a auditoria de desempenho operacional e a avaliação de programa. O objetivo da auditoria de desempenho operacional é examinar a ação governamental quanto aos aspectos da economicidade, eficiência e eficácia, enquanto a avaliação de programa busca examinar a efetividade dos programas e projetos governamentais.

Os dados coletados, através da observação participante e registrados em diário de campo, no período de maio a agosto de 2009, foram classificados por unidade de registro e consolidados em planilhas de Microsoft Excel versão 2003, para posterior análise.

4.3.2 Pesquisa documental

Segundo Gil (2002), uma pesquisa, quanto aos seus procedimentos técnicos, pode ser classificada da seguinte forma: Pesquisa bibliográfica, Pesquisa documental, Pesquisa experimental, Levantamento, Estudo de campo, Estudo de caso e Pesquisa-ação.

A Pesquisa documental é muito parecida com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam

ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Enquanto a Pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Moreira (2005) salienta que a pesquisa documental caracteriza-se como processo de levantamento, verificação e interpretação de documentos, tendo como objetivo um fim predeterminado que, conforme observam Marconi e Lakatos (1990), esse pesquisa pode ser efetuada ao longo dos anos, pois as informações estarão arquivadas nos referidos documentos.

Neste estudo, a pesquisa documental foi realizada em duas etapas: primeiro foram coletados documentos e informações em quatro grandes hospitais da rede pública estadual, localizados na região metropolitana do Recife. Em seguida, a pesquisa documental incluiu também a coleta de manuais e relatórios dos mais diversos órgãos envolvidos com a gestão e a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.

As informações levantadas a partir dos documentos colhidos nos hospitais, entre os meses de setembro a novembro de 2009, assim como os dados obtidos através de pesquisa documental realizada em relatórios e manuais de órgãos de controle, em outubro e novembro daquele ano, foram classificados em unidades de registro e consolidados em quadro do Microsoft Word versão 2003 para posterior análise.

4.3.3 Entrevistas semi-estruturadas

Após a conclusão da observação participante e, concomitantemente, à pesquisa documental, o pesquisador recorreu às entrevistas, com o propósito de complementar a triangulação dos dados levantados pelas referidas técnicas de investigação.

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais (GIL, 2007) e pode ser definida como a técnica que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe faz perguntas, com o objetivo de obter dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma

de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Ela é considerada, também, uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas. Trata-se de uma conversação dirigida a um propósito definido, sendo uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca (FLICK, 2002; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

A entrevista qualitativa, junto com a observação participante, é a técnica mais usual na investigação qualitativa. A diferença entre ambas é, segundo Eisman (1997), a artificialidade com a qual se leva a cabo a entrevista frente à naturalidade dos cenários de observação.

A entrevista representa um dos instrumentos básicos para a coleta dos dados. Para Alves-Mazzotti (1999), ela permite tratar de temas complexos, que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade. O objetivo desta técnica é compreender as perspectivas e experiências dos entrevistados.

Constitui um processo de interação social, no qual o entrevistador tem a finalidade de obter informações do entrevistado, através de um roteiro contendo tópicos em torno de uma problemática central (HAGUETTE, 1995). Para a elaboração dos tópicos, é importante que o pesquisador avalie seus interesses de investigação e proceda a uma crítica da literatura sobre o tema (GASKELL, 2002). Além de ser um instrumento orientador para a entrevista, o tópico guia pode ser útil para a elaboração e antecipação de categorias de análise dos resultados.

Para Minayo (2004b), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.

Em pesquisa qualitativa, a entrevista procura ampliar o papel do entrevistado ao fazer com o que o pesquisador mantenha uma postura de abertura no processo de interação, evitando restringir-se às perguntas pré-definidas. Para Gaskell (2002), a escolha criteriosa dos participantes é fundamental para os resultados da pesquisa, na medida em que afeta a qualidade das informações obtidas e a validade da própria pesquisa.

Flick (1995) diferenciou quatro tipos de entrevistas: a focalizada (estruturada), a semi-estandardizada (semi-estruturada), a centrada num problema e a centrada no contexto. Além do mais, aponta três tipos de relatos: entrevista narrativa, entrevista episódica e contos.

As entrevistas mais comumente utilizadas nas pesquisas qualitativas são as semi-estruturadas e as não-estruturadas. Elas estão relacionadas com o nível de diretividade que o pesquisador pretende seguir, sendo a primeira delas um pouco mais estruturada, a qual segue um roteiro de tópicos ou perguntas gerais (BARTHOLOMEW; HENDERSON; MÁRCIA, 2000).

As questões não precisam seguir a ordem prevista no guia e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS, 2005). Para Lakatos e Marconi (2004), são chamadas de semi-estruturadas ou assistemáticas, quando o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, de forma a poder explorar mais amplamente as questões.

Neste estudo, optou-se pela técnica de entrevista semi-estruturada, realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2009, na qual os informantes tiveram a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador; permitindo respostas livres e espontâneas dos informantes e valorizando a atuação do entrevistador. Foi utilizado um roteiro-guia simples (Apêndices A e B), tendo sido informado aos entrevistados sobre o interesse, a utilidade, o objetivo, as condições da entrevista e o compromisso do anonimato.

As entrevistas ocorreram com quatro membros do Tribunal de Contas de Pernambuco, escolhidos pelas funções estratégicas que desempenhavam dentro da instituição e dois gestores da saúde, ocupantes de cargos executivos na Secretaria Estadual de Saúde, relacionados à gestão dos hospitais. As entrevistas foram gravadas em meio eletrônico e posteriormente transcritas.

As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta o embasamento teórico da investigação (TRIVIÑOS, 2006) e a entrevista foi utilizada para confirmar e complementar os dados obtidos através da observação participante e da pesquisa documental.

No presente trabalho, os dados das entrevistas abertas, realizadas em novembro e dezembro de 2009, foram transcritos do meio eletrônico e digitados para a sistematização e análise.

Na organização e análise das entrevistas, os seguintes passos foram cumpridos: leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo; determinação das unidades de registro; definição dos temas centrais relacionados às unidades registro, a partir da compreensão do que foi expresso na entrevista; questionamento quanto à relação entre as unidades de registro e os objetivos propostos pelo estudo e; descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Após a conclusão dessa fase, a partir de janeiro de 2010, passou-se à descrição dos resultados colhidos, procurando-se respeitar os critérios científicos e os preceitos éticos definidos, na perspectiva de transformar o dado bruto em uma linguagem clara e compreensível. Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, foram utilizados códigos de identificação.

Finalmente, os achados das entrevistas foram classificados em unidades de registro e consolidados em quadros do Microsoft Word versão 2003 para serem analisados.

4.4 Organização e análise dos dados

A análise e interpretação dos dados, segundo Rauen (1999), é a parte que apresenta os resultados obtidos na pesquisa e analisa-os sob o crivo dos objetivos e/ou das hipóteses. A apresentação dos dados é a evidência das conclusões e a interpretação consiste no contrabalanço dos dados com a teoria.

O objetivo da análise é resumir as observações, de forma que estas permitam dar respostas às perguntas da pesquisa. O objetivo da interpretação é a procura do sentido mais amplo de tais respostas, por sua ligação com outros conhecimentos já obtidos (SELLTIZ *et al. apud* RAUEN, 1999).

As análises textuais se aproximam do que, em geral, é definido como abordagens qualitativas. Segundo Navarro e Díaz (1999), as análises textuais possuem como foco de estudo as mensagens, a linguagem, o discurso, mesmo que seu *corpus* não seja necessariamente verbal; além disso, pode referir-se também a outras representações simbólicas. Duas formas de análise textual utilizadas com

frequência pela comunidade científica em seus projetos de pesquisas são: a análise de conteúdo e a análise de discurso.

Segundo Fonseca Júnior (2005), a análise de conteúdo é:

Uma técnica de pesquisa apropriada para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa, do conteúdo manifesto da comunicação, capaz de colaborar para a definição de conceitos bastante específicos, como os de atitude, estereótipo, estilo, símbolo, valor e métodos de propaganda.

De acordo com Bardin (2004, p. 37):

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visam, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a obter indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Ferreira (2003), a partir da abordagem de Bardin, relacionou as possibilidades de uso da análise de conteúdo:

A análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real. Aplica-se a tudo que é dito em entrevistas ou depoimentos ou escrito em jornais, livros, textos ou panfletos, como também a imagens de filmes, desenhos, pinturas, cartazes, televisão e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais.

Bardin (2004) considera três etapas básicas para o desenvolvimento desta técnica: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. A pré-análise equivale à organização do material da pesquisa. Ela tem início na própria elaboração do projeto, desde o levantamento de material bibliográfico sobre o objeto de estudo até a determinação do *corpus* (conjunto de dados) a ser analisado. É denominada por Bardin de leitura flutuante, de todo o material que permite aos pesquisadores, em princípio, três tarefas fundamentais: formular os objetivos da pesquisa, suas hipóteses amplas e a determinação do *corpus* da investigação (especificação dos materiais coletados que serão objetos da análise).

A conclusão desta pré-análise coincide com o início da descrição analítica, que, segundo Triviños (2006), começa nessa mesma etapa. Nela, o material de documentos que constitui o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado, incluindo os procedimentos de codificação, classificação e categorização.

Finalmente, a fase de interpretação inferencial, segundo Triviños (2006), desenvolvida desde a etapa da pré-análise, alcança agora sua maior intensidade.

Ela consiste na atribuição de significados aos resultados finais por meio de operações estatísticas e análise qualitativa dos dados. A reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelece relações, aprofundamento das idéias, chegando, se possível, a propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais.

A análise dos dados desta pesquisa qualitativa significou trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os resultados da observação participante, os dados da pesquisa documental e os relatos das entrevistas, confrontando-os com o referencial teórico. Aos dados, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo.

Tomou-se como referência o modelo de análise de conteúdo apresentado por Bardin (2004). A análise de todos os dados coletados, por meio de três diferentes técnicas, foi precedida da classificação em unidades de registro - que apresentaram características comuns ou que abordaram o mesmo assunto.

5 Considerações Éticas

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPQAM).

O estudo utilizou dados primários e secundários dos hospitais públicos estaduais, da Secretaria de Saúde de Pernambuco, e do Tribunal de Contas do Estado, que concordaram com a realização do projeto. Preferiu-se resguardar o anonimato desses estabelecimentos de saúde, para que não restassem dúvidas de que o presente estudo não objetivou avaliá-los. Para isso, foram utilizados os seguintes códigos de identificação: W, X Y e Z ao invés dos nomes dos estabelecimentos hospitalares.

Os sujeitos envolvidos nas atividades de coleta de dados sob a forma de entrevistas participaram voluntariamente, foram informados quanto aos objetivos do estudo, e lhes foi garantido o anonimato quando da divulgação dos resultados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices C e D).

6 Resultados

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com a metodologia utilizada para a coleta, sendo elencados na seqüência os dados relacionados à: Observação participante em um grande hospital público estadual; à Pesquisa documental dos quatro hospitais; os manuais e relatórios dos órgãos de controle e; Entrevistas semi-estruturadas com membros do TCE/PE e gestores da saúde.

6.1 Observação participante em um hospital público de Pernambuco

No presente estudo, a observação participante foi planejada com o intuito de identificar as diferentes percepções e sentimentos dos gestores e profissionais das diversas categorias, acerca das principais dificuldades enfrentadas pelo hospital, visando atender ao objetivo geral da pesquisa, para definição de diretrizes que orientem o desenvolvimento de procedimentos sistemáticos de fiscalização dos hospitais públicos estaduais pelo TCE/PE.

A observação teve início com a participação em reuniões da diretoria hospitalar, quando se pôde perceber que uma das maiores dificuldades da gestão era o relacionamento dela com os recursos humanos da unidade, sobretudo com as categorias dos médicos e enfermeiros. Outro sentimento percebido foi o de rejeição às atitudes tomadas por entidades como os sindicatos e os conselhos dos profissionais de saúde.

Acompanhando-se a chefia da Emergência em visitas ao setor, foi sentida a angústia provocada pela superlotação do serviço, alegada que é conseqüência em parte da falta de regulação da demanda que chegava ao hospital, assim como pela dificuldade em encaminhar os pacientes pós-cirúrgicos crônicos para os outros hospitais que integravam a rede pública de saúde do Estado. Para os profissionais da emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Corpo de Bombeiros contribuíam para o aumento da demanda espontânea à Emergência do hospital, ao não encaminhar os pacientes para outros estabelecimentos de saúde.

Ficou evidente, também, a expectativa da chefia pela adoção por parte da gestão de um controle mais eficaz do cumprimento de carga horária dos profissionais médicos.

Observando-se o trabalho médico na Emergência, a principal dificuldade percebida foi em relação à assistência que é prestada por esses profissionais à totalidade dos pacientes encaminhados de outros serviços, independentemente do perfil de atendimento do hospital, superlotando o setor. Ficaram evidentes, também, os desentendimentos com a Central de Regulação de Leitos do Estado, assim como com os municípios por prestarem um atendimento de baixa resolutividade. Estas se revelaram como causas externas ao hospital, referentes às carências estruturais de um sistema de saúde que funciona de forma deficiente.

Além disto, foi evidenciada a ausência do chefe de plantão na quase totalidade dos dias, sentida em parte, como ausência de compromisso dos profissionais com o serviço, assim como pela falta de apoio da gestão hospitalar para sanar o problema. Por fim, observou-se que a estrutura física é deficiente, com falta de leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), falta de medicamentos, demora na realização de exames de imagem, que geram angústia e sensação de impotência aos profissionais médicos do setor.

Convivendo com os enfermeiros, técnicos, chefia e supervisão de Enfermagem da Emergência, percebeu-se que a dificuldade em administrar o setor concentrava-se em duas questões: recursos humanos, com destaque para insuficiência e falta de capacitação dos profissionais e; estrutura física e funcional - com a carência de medicamentos, macas, lençóis, banheiros e alimentação para os pacientes e acompanhantes. Além da dificuldade na realização de exames de imagem no hospital. Tais questões desestimulavam o trabalho daqueles profissionais.

Acompanhando o dia-a-dia das humanizadoras, percebeu-se que a dificuldade em transferir os pacientes do hospital para outros estabelecimentos referenciados do sistema de saúde, assim como problemas advindos da estrutura física e funcional do hospital - como a ausência de locais reservados para atendimentos íntimos - foram os que mais geravam aflição no exercício do trabalho daquelas profissionais. Para elas, a localização da unidade de saúde foi demonstrada como fator externo positivo para a elevada demanda de pacientes recebida.

O convívio com o trabalho desempenhado pela assistente social da Emergência mostrou a dificuldade de relacionamento entre esta categoria profissional com médicos, enfermeiros e humanizadoras, sentida em parte pela falta da chefia no plantão.

Os recepcionistas se mostraram ansiosos no desempenho das suas funções, pela exposição constante e direta com os pacientes, que muitas vezes têm os seus acessos negados à Emergência, por não terem se enquadrado no perfil de atendimento do hospital.

Posteriormente, através da participação em reuniões no Setor de Contas Médicas do hospital, observou-se grande ansiedade e expectativa dos responsáveis pelo faturamento hospitalar para que a diretoria adotasse as medidas encaminhadas e necessárias para sanar as perdas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC) geradas no hospital.

Finalmente, em visita ao Setor de Estatística, foi observado que apesar do hospital trabalhar com indicadores de desempenho há muitos anos, os dados não são utilizados para gerarem informações e, conseqüentemente, subsidiarem a tomada de decisão pelos gestores.

Os dados levantados, por meio da observação participante, e classificados em unidades de registro foram demonstrados na Tabela 1, em ordem decrescente da frequência de ocorrência. Após esta classificação, a análise das unidades permitiu agrupá-las nas seguintes categorias: Gestão, Emergência, Recursos Humanos, Compras e Questões externas.

Tabela 1 - Categorias de análise/Observação participante em hospital de PE

CATEGORIA	CLASSIFICAÇÃO (Unidade de Registro)	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA
RH	Quadro funcional mal dimensionado	25
EMERGÊNCIA	Condições estruturais (recursos físicos)	19
EMERGÊNCIA	Demanda excessiva de pacientes	14
EMERGÊNCIA	Desconhecimento do perfil do hospital por parte da população	09
RH	Corpo funcional/atendimento	08
QUESTÕES EXTERNAS	Dificuldade de transferência de pacientes para a rede de saúde pública e conveniada	07
EMERGÊNCIA	Condições operacionais e estruturais	07
EMERGÊNCIA	Ausência de classificação de risco (triagem)	05
EMERGÊNCIA	Condições operacionais	05
COMPRAS	Insuficiência de medicamentos	04
GESTÃO	Excesso de leitos desestruturados	03
EMERGÊNCIA	Localização	01
	TOTAL	129

Como condições estruturais foram incluídas: estrutura física precária; macas impróprias; insuficiência de salas de cirurgia e leitos nas enfermarias para os pacientes da Emergência; falta de materiais; ausência de manutenção dos equipamentos; insuficiência do serviço de apoio diagnóstico do hospital e; condições inadequadas para os acompanhantes quanto à alimentação, banho e acomodação no referido setor.

Dentre as condições operacionais, foram englobadas, dentre outras, as seguintes questões: demora na realização de exames laboratoriais; redução do ritmo de trabalho e da qualidade do atendimento nos finais de semana e; ausência de chefia nos plantões.

Quanto às condições operacionais e estruturais, foram incluídos aspectos como: condições inadequadas de trabalho para os profissionais e de atendimento para os pacientes; taxa de infecção hospitalar e insalubridade elevada no setor da

Emergência; guarda e utilização inadequada de equipamentos e; insuficiência dos serviços de apoio (lavanderia e laboratório) frente à elevada demanda.

Em relação ao corpo funcional/atendimento, foram registradas basicamente duas questões: a dificuldade nas relações de trabalho entre as diversas categorias profissionais - médicos, enfermeiros e assistentes sociais - e a falta de treinamento dos profissionais para o uso correto dos equipamentos (respiradores, bombas de infusão, etc.).

6.2 Análise documental dos hospitais públicos estaduais

A pesquisa documental se iniciou pela coleta de documentos e informações relacionados à gestão, perfil de atendimento, indicadores, recursos financeiros e humanos em quatro grandes hospitais públicos da rede estadual de saúde, localizados na região metropolitana do Recife, excluindo-se o hospital cujas informações colhidas se deram através da técnica de observação participante.

As informações colhidas nesses hospitais foram classificadas nas seguintes unidades de registro: Planejamento Estratégico/Contrato de Gestão, Organograma, Perfil de atendimento, Serviços de referência no Estado, Indicadores de desempenho utilizados, Repasse de recursos do FES pela SES/PE, Comissões técnicas, Relatório de avaliação/monitoramento, Classificação de risco, Capacitação para gestores e Instrumento de controle da carga horária. Posteriormente, a análise de tais unidades permitiu agrupá-las nas seguintes categorias analíticas: Gestão, Emergência e Recursos humanos, conforme demonstrado no Quadro 1.

CATEGORIA: Unidade de Registro	W	X	Y	Z
GESTÃO: Planejamento Estratégico/Contrato de Gestão	Em fase de implantação	Não possui	<p>Possui Convênio firmado com a SES/PE desde 2008, cujo objeto é integrar o hospital no SUS e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços de saúde. A cláusula sétima do referido instrumento dispõe acerca do cumprimento das metas físicas e qualitativas, das quais depende o repasse de recursos para o hospital</p> <p>Possui também o Plano Operativo Anual, o qual consta na cláusula quinta do referido convênio</p>	Não foi enviado
GESTÃO: Organograma	Fornecido no modelo antigo	<p>Fornecido no modelo antigo</p> <p>Em fase de implantação de um novo organograma</p>	Fornecido no modelo antigo. Foi informado que o novo organograma criado pelo governo só contempla a diretoria e as quatro gerências abaixo desta e que os níveis abaixo das gerências ainda estão em fase de construção na SES juntamente com o apoio dos seis grandes hospitais e de uma consultoria técnica	Fornecido no modelo antigo, com a diretoria geral e três departamentos subordinados a esta: o de assistência à saúde, o administrativo e financeiro e o de apoio técnico assistencial. Foi informado que este organograma não corresponde à estrutura atual, na íntegra, visto o hospital estar em processo de modificação do perfil organizacional
GESTÃO: Repasse de recursos do FES pela SES/PE	Tempestivo, porém com despesas a nível central retidas pela SES	Co-financiado (verba de manutenção e verbas extras)		Recursos repassados de forma sistemática

Quadro 1 – Categorias de análise/Pesquisa Documental em hospitais públicos de PE

(continua)

CATEGORIA: Unidade de Registro	W	X	Y	Z
GESTÃO: Relatório de avaliação /monitoramento	Não fornecido	Não fornecido	Fornecido. As ações relacionadas à melhoria da gestão e a prestação dos serviços são acompanhadas trimestralmente pela assessoria técnica hospitalar com a elaboração do Relatório síntese das ações realizadas no trimestre	Em fase de implantação/definição dos relatórios gerenciais
GESTÃO: Capacitação para gestores	<ul style="list-style-type: none"> • TGI • FIOCRUZ 	<ul style="list-style-type: none"> • IRH • SES/PE • Recursos próprios 	<ul style="list-style-type: none"> • SES/PE • Consultoria técnica (TGI) • Ministério da Saúde • Hospital Edson Ramalho (PB) 	Iniciado, em março/2009, capacitação para diretores e gestores hospitalares (administrativo financeiro, manutenção, suprimentos e gestor médico), através de convênio celebrado com a SES/PE e a empresa de consultoria TGI
GESTÃO: Indicadores de desempenho utilizados	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de permanência hospitalar • Taxa de infecção hospitalar • Taxa de óbitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de permanência hospitalar • Taxa de ocupação • Taxa de mortalidade • Quantidade de atendimento emergência • Quantidade de atendimento ambulatorio • Quantidade de exames • Quantidade de cirurgia por bloco • Taxa de ocupação das salas cirúrgicas • Faturamento e valor médio por AIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Produção mensal de AIHs (internamentos) e BPAs (atendimentos/consultas ambulatoriais) • Taxa de ocupação hospitalar • Taxa de permanência hospitalar por clínicas • Taxa de suspensão de cirurgias com a especificação das causas relacionadas à instituição, ao paciente e aos profissionais • Taxa de infecção hospitalar • Relatórios trimestrais gerenciais produzidos a partir das demandas da Ouvidoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de ocupação • Taxa média de permanência • Taxa de infecção • Taxa de mortalidade hospitalar

Quadro 1 – Categorias de análise/Pesquisa Documental em hospitais públicos de PE

(continuação)

CATEGORIA: Unidade de Registro	W	X	Y	Z
GESTÃO: Comissões técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de infecção hospitalar (CCIH) • Ética médica/ enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Notificação e Investigação de Óbitos (CHNIO) • Revisão de prontuários • Intra-hospitalar de transplante de órgãos • Residência médica • Ética médica • Transfusional • Prótese e material fixante • Lesões cutâneas • Padronização de material médico-hospitalar • Controle de infecção hospitalar (CCIH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comitê Transfusional • Comitê multiprofissional de terapia nutricional • Comissão de Ética médica • Comissão do NEPI • Comissão da CCIH • Comitê de mortalidade materna • Comissão de serviço de documentação médica e estatística • Comissão de prontuário • Comitê de óbitos fetal e neonatal • Comissão de farmácia e terapêutica • Comissão de risco • Comitê intra-hospitalar de transplante • Comissão hospitalar de notificação e investigação de óbitos • Comissão de análise e encaminhamento de solicitações de aquisições 	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão de notificação e investigação de óbito • Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante • Comissão de revisão de prontuário
RECURSOS HUMANOS: Instrumento de controle da CH* dos profissionais	Folha de ponto	Folha de ponto Cobrança dos gestores	Folha de ponto sob o controle das gerências dos setores	Folha de ponto Em fase de implantação o sistema informatizado de gestão de pessoas, com o controle eletrônico de cumprimento de carga horária
EMERGÊNCIA: Serviços de referência no Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumologia • Psiquiatria-adolescente • Traumatologia-ortopedia 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatologia-ortopedia • Neurologia • Neurocirurgia • Cirurgia geral • Clínica Médica • Urologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia • Cirurgia Bariátrica • Otorrino • Maternidade de alto risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetrícia de alto risco • Pediatria • Nefrologia • Terapia renal substitutiva • Oncologia

Quadro 1 – Categorias de análise/Pesquisa Documental em hospitais públicos de PE

(continuação)

CATEGORIA: Unidade de Registro	W	X	Y	Z
EMERGÊNCIA: Perfil de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Traumato-ortopedia • Clínica médica • Pneumologia • Tisiologia • Pediatria • Urologia • Cirurgia geral • Emergência 	Não informado	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia • Endocrinologia • Maternidade (obstetrícia) de alto risco • Otorrino • Clínica médica • Cirurgia geral • Cirurgia plástica • Cirurgia vascular • Ginecologia • Oftalmologia • Urgência: clínica médica, cardiologia, obstetrícia, pequenas cirurgias e otorrino (única no Estado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia geral • Cirurgia vascular • Cirurgia pediátrica • Proctologia • Mastologia • Ginecologia • Obstetrícia • Clínica médica • Pediatria clínica • UTI/UCI neonatal • UTI pediátrica • UTI adulto Urgência: obstetrícia e pediatria clínica
EMERGÊNCIA: Classificação de risco	Em processo de implantação, aguardando recursos financeiros	Implantada desde março/2009	Implantado desde junho/2007	Não implantada

Nota:* Carga horária

Quadro 1 – Categorias de análise/Pesquisa Documental em hospitais públicos de PE

(conclusão)

A unidade de registro Planejamento Estratégico/Contrato de Gestão permitiu constatar que apenas um hospital (Y) possuía convênio firmado com a SES/PE desde 2008, com metas físicas e qualitativas a serem cumpridas pelo estabelecimento de saúde, mediante o repasse de recursos por parte da Secretaria.

Em relação à unidade Organograma, verificou-se que nenhum dos hospitais apresentou-o conforme modelo proposto pela SES/PE, dentro da nova estrutura organizacional, definida desde 2008. Apenas o hospital Y referiu que o novo organograma encontrava-se em fase de implantação, tendo justificado, ainda, que este só contempla a diretoria e as quatro gerências abaixo desta, não tendo sido definidos os níveis abaixo dessas gerências.

Quanto ao Perfil de atendimento e Serviços de referência no Estado foram importantes unidades que revelaram a importância que têm estes estabelecimentos na assistência à saúde do Estado. Os hospitais W, Y e Z oferecem importante variedade de especialidades clínicas e cirúrgicas, além de serviços de Urgência e Emergência. Todos os hospitais juntos oferecem, também, os principais serviços de referência do Estado.

No tocante aos Indicadores de desempenho, constatou-se que ainda é discreto o quantitativo destes, que são utilizados como ferramentas de gestão pelos hospitais. Dentre os mais citados, estiveram: Tempo médio de permanência hospitalar; Taxa de infecção hospitalar; Taxa de ocupação e; Taxa de mortalidade hospitalar.

A unidade registrada como Repasse de recursos pela SES/PE alertou para a pouca autonomia financeira dos hospitais com a centralização de parte das despesas na SES.

As Comissões técnicas, por sua vez, constituíram importantes unidades de registro, por revelarem o grau de preocupação da gestão hospitalar com questões específicas como: infecção hospitalar, ética médica, notificação e investigação de óbitos, transfusão sanguínea, transplante, revisão de prontuário, residência médica, dentre outras. Esses dados se mostraram discrepantes entre os estabelecimentos, notando-se, por exemplo, uma carência grande dessas comissões nos estabelecimentos W e Z.

Relatório de avaliação/monitoramento não foi fornecido pelas unidades de saúde W, X e Z. O estabelecimento Y foi o único a fornecer tal documento, tendo sido demonstrado, através deste, o acompanhamento das ações relacionadas à

melhoria da gestão e à prestação dos serviços pela assessoria técnica hospitalar, a cada trimestre.

Quanto à unidade Classificação de risco, verificou-se que esta havia sido implantada em dois dos quatro hospitais estudados, o X e Y. Os demais ainda aguardavam o repasse de recursos financeiros para tal.

Capacitação para gestores foi registrada como unidade de grande relevância, na medida em que a profissionalização da gestão é considerada essencial para a melhoria do gerenciamento dos grandes hospitais públicos. Os quatro estabelecimentos revelaram estar no começo de um processo de mudança neste sentido.

Finalmente, Instrumento de controle da carga horária dos profissionais alertou para a fragilidade de um sistema, que ainda é baseado em folha de ponto em todos os hospitais do estudo, assim como para a necessidade em se buscar novos mecanismos deste controle.

6.3 Análise documental de manuais e relatórios

Após a coleta das documentações e informações enviadas por quatro grandes hospitais públicos da rede estadual, foi realizada a análise dos seguintes documentos:

- Manual de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA);
- Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA);
- Acreditação Hospitalar no Brasil (MALIK, 1998);
- Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp);
- Modelo de Relatório estatístico do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP);
- Relatório de consultoria do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG) - HR/2009.

A análise documental realizada visou atingir o objetivo da pesquisa que foi definir as diretrizes para a sistematização das fiscalizações dos hospitais públicos estaduais pelo Tribunal de Contas de Pernambuco. Na sessão seguinte uma síntese dos achados mais relevantes para esse estudo nos referidos documentos é apresentada.

6.3.1. Manual de Acreditação Hospitalar da ONA

O manual, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), representa instrumento de avaliação, que objetiva sistematizar a metodologia de avaliação das organizações prestadoras de serviços hospitalares, definindo níveis, padrões, seções e subseções.

Ele incorpora padrões exigidos para cada nível do hospital: segurança e estrutura (nível 1), organização (nível 2) e práticas de gestão de qualidade (nível 3). Esta definição torna-se necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas instituições acreditadoras, independente da complexidade ou especialidade do hospital.

Determina, também, através da descrição do padrão, o nível mínimo aceitável para o processo de acreditação, estabelecido em consonância com o seu princípio orientador definido, vindo assegurar a qualidade da assistência pretendida pelo Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006).

Para avaliar a qualidade assistencial da organização hospitalar é utilizado um instrumento de avaliação específico - Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar - assegurando o enfoque sistêmico e a avaliação global da organização.

Este documento - na seção de Liderança e Administração agrupa os componentes relacionados ao sistema de governo da organização - aponta como padrão para o nível 3 (práticas de gestão da qualidade) a existência de um sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes. Orienta, ainda, quanto à necessidade de estabelecer uma relação de

causa e efeito entre os indicadores, a fim de permitir uma análise crítica do desempenho, assim como a tomada de decisão.

6.3.2. Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar do CBA

Este é um manual brasileiro, compatível com o manual internacional de acreditação hospitalar, elaborado pela *Joint Commission International* e apresenta padrões e propósitos, que se propõem a orientar os profissionais e demais funcionários do hospital para o processo de acreditação internacional.

A acreditação de sistemas e serviços de saúde visa estimular a melhoria contínua e sustentada dos cuidados oferecidos, através de um processo de avaliação objetiva, baseada em padrões explícitos. É um sistema de verificação externa para determinar a conformidade com um conjunto de padrões.

O padrão é uma declaração de expectativas relativas ao grau ou ao nível de excelência ou ainda ao que é possível alcançar quanto à qualidade do desempenho hospitalar. O referido manual é dividido em 10 capítulos, que correspondem às funções mais importantes, comuns a todas as organizações hospitalares. Para cada função foi adaptado ou elaborado um conjunto de padrões que expressa os principais processos e atividades que o hospital deve desempenhar satisfatoriamente para obter resultados de boa qualidade.

Na função denominada Governo, Direção e Liderança o manual afirma que “uma liderança efetiva, em todos os níveis do hospital, é fundamental para que possa oferecer cuidados ao paciente com qualidade” (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2000, p. 111). Na lista de padrões para essa função esse documento dispõe, entre outros, que a direção deve assegurar a avaliação de recursos humanos, físicos, financeiros e de informação, além de ser responsável pela organização dos processos de seleção e compra de insumos para o hospital.

No capítulo de Melhoria do Desempenho da Organização o documento afirma que essa função propicia a racionalização dos custos e a maximização da qualidade (p. 131):

O desempenho dos diversos processos e atividades de um hospital afeta significativamente os resultados da assistência ao paciente, os custos necessários à obtenção desses resultados e a percepção que o paciente e sua família têm da qualidade e do valor dos serviços oferecidos pelo hospital.

Dispõe, ainda, que a melhoria do desempenho dos processos, das atividades e das ações desenvolvidas no hospital depende da melhoria da qualidade da gestão. E que, para isso, é importante o comprometimento da Direção e dos dirigentes de serviços e a participação de todas as pessoas envolvidas nos processos selecionados para a implementação de melhorias.

Na referida função, aparecem como padrão: a definição e o monitoramento - pela direção e pelos dirigentes de serviços - dos indicadores de estrutura, processo e resultado para monitorar o desempenho das atividades clínicas e gerenciais e; a necessidade de profissionais qualificados que agreguem e analisem os dados, de forma sistemática no hospital. Os dados precisam ser transformados em informação, isto é, em indicadores, e em seguida serem corretamente analisados a fim de servirem de instrumento útil a avaliação de desempenho e ao processo decisório.

A função chamada Gerência, Qualificação e Educação dos Recursos Humanos (RH) trata das atividades necessárias para que o hospital disponha de profissionais em número suficiente, qualificados e preparados para o desempenho das suas atividades. Ela se revela como uma estratégia para que se obtenha mais eficiência, mais responsabilidade e maior capacidade de iniciativa na organização.

Na lista de padrões, aparece a participação do corpo médico, do corpo de enfermagem e de outros profissionais nas atividades de melhoria de desempenho do hospital e no desenvolvimento de avaliações da prática do exercício profissional.

Finalmente, em Gerência da Informação, o manual define como os principais focos para essa função: a obtenção, a administração e o uso de informação. Afirma também que a informação deve estar voltada para orientar a decisão gerencial e clínica, com o objetivo de melhorar o desempenho do hospital.

Na lista de padrões coloca entre os principais: a produção pelo hospital dos dados e informações voltados para atender às necessidades internas e externas, de forma pronta, com a frequência exigida e adequada às expectativas dos usuários; a promoção desses dados e informações clínicas e gerenciais, com a finalidade de dar apoio ao processo decisório da Direção e dos dirigentes dos serviços e; a

capacitação tanto dos gestores como dos profissionais do hospital, de acordo com suas atribuições e responsabilidades, para lidarem com os sistemas de informação do estabelecimento de saúde.

6.3.3 Acreditação Hospitalar no Brasil segundo Malik e Schiesari

Este trabalho foi inspirado no Manual para Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe de Novaes e Paganini (1992). Ele foi elaborado pelo Grupo Técnico de Acreditação de Hospitais, com integrantes dos seguintes órgãos: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Hospitalar do Estado de São Paulo (CQH), Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (PROAHSA), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde (SMPAS), Associação de Hospitais de Minas Gerais (AHMG), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo e Programa de Acreditação de Serviços de Saúde do Estado do Paraná (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Esse roteiro foi padronizado em três níveis, conforme critérios definidos: nível 1 (exigências mínimas para a prestação da assistência médico-hospitalar), nível 2 (padrões de qualidade no atendimento com adoção de boas práticas na organização da assistência) e nível 3 (padrões de excelência na prestação da assistência).

Na seção de Administração Geral do Hospital, o manual coloca como padrão para a subseção Direção Hospitalar - responsável por desenvolver e controlar a execução das políticas da instituição - a existência de um diretor que permaneça no estabelecimento no mínimo seis horas nos dias úteis (nível 1); habilitação de nível superior em administração de empresas para o responsável pela área administrativa (nível 2) e; profissional com especialização em administração hospitalar (nível 3).

Na subseção Gestão hospitalar um dos padrões adotados foi o seguimento da execução da despesa prevista pelo hospital (nível 1); o controle de todas as receitas

e despesas (nível 2); o controle de custos hospitalares e a existência de um planejamento para aquisição de equipamentos (nível 3).

Finalmente, na subseção Serviço de Arquivo Médico (SAME)/Estatística, adotou-se como padrão nível 1, a coleta e processamento de indicadores; como nível 2, a existência de pessoal especificamente dedicado à elaboração de estatísticas do hospital e; como nível 3, a utilização sistemática dos levantamentos estatísticos como instrumento para a melhoria da qualidade.

6.3.4 Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)

O Pro-Hosp foi lançado pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), por meio da Resolução SES nº 82, de 16 de maio de 2003. O programa teve como propósito consolidar a oferta da atenção hospitalar, mediante um termo de compromisso firmado entre o hospital e a SES e, assim, aumentar a eficácia e a eficiência do sistema público de serviços de saúde em Minas Gerais (MINAS GERAIS; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2007).

Através desse termo, a Secretaria teve como obrigação repassar o montante de recursos financeiros e, os hospitais, em contrapartida, se comprometeram em promover a melhoria da qualidade da assistência com o cumprimento de metas preestabelecidas pelo contrato.

Além da execução das metas, os hospitais assumiram, também, o compromisso de apresentar a SES e aos órgãos de controle e acompanhamento, os relatórios de acompanhamento das metas e dos compromissos pactuados, assim como participar dos cursos de capacitação e especialização em gestão hospitalar, enviando membros da sua direção.

O sistema de monitoramento do Pro-Hosp pressupôs o acompanhamento tanto dos compromissos e metas estabelecidos, quanto de indicadores que, embora não pactuados, refletiram a qualidade da assistência prestada, isto é, o desempenho hospitalar.

Os indicadores de desempenho foram agrupados em cinco áreas temáticas: gestão, processos, resultados, relação com os usuários e com a comunidade e estrutura. Na área Gestão, foi abordada a subárea Recursos Humanos (RH), cujo objetivo foi caracterizar o corpo funcional, seu relacionamento com a Instituição e a existência de política de desenvolvimento de recursos humanos, aspectos relevantes na determinação da qualidade da gestão e da assistência hospitalar.

A subárea RH contemplou uma série de indicadores, tendo sido considerado o mais relevante para uma fiscalização, a Taxa de absenteísmo. Esta consiste na relação percentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas, nos últimos doze meses.

Ainda na mesma área, a subárea Gestão administrativo-financeira objetivou verificar a existência de instrumentos favoráveis à eficiência desse tipo de gestão. As dimensões consideradas foram, entre outras, estoque e preços. Os indicadores selecionados foram: adoção de sistema de gestão de materiais e suprimentos - para os setores farmácia, almoxarifado, nutrição, laboratório e outros - e; a adesão a banco de preços (BP), isto é, a utilização de BP para a aquisição de materiais e medicamentos.

Gestão agrupou, também, a subárea Gestão da informação hospitalar, a fim de verificar a existência de instrumentos que permitam a produção de informação confiável, periódica e informatizada, que sirva de insumo estratégico na gestão hospitalar. Uma das dimensões focalizadas nessa subárea foi a estatística hospitalar e o indicador selecionado foi informes estatísticos. Este se refere ao fato da unidade de saúde elaborar e divulgar internamente informes contendo estatísticas relacionadas ao tempo médio de permanência, a taxa de ocupação, as taxas de mortalidade e de infecção hospitalar.

A segunda área temática abordada foi a de Processos, que focalizou os processos assistenciais relacionados ao cuidado do paciente para obtenção de um dado resultado. Nessa área, foi incluída, dentre outras, a subárea Produtividade, a fim de verificar o desempenho, por meio de indicadores que buscam relacionar a produção do hospital. Dentre esses indicadores, foram selecionados o Tempo médio de permanência geral (TMP) e a Taxa de ocupação (TO).

Segundo a Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, a média de permanência representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital, sendo o TMP

a relação entre o número de pacientes-dia em determinado mês e o número de saídas hospitalares no mesmo período, incluindo os óbitos.

A TO, de acordo com a referida norma, é a relação percentual entre o número de pacientes-dia em determinado mês e o número de leitos-dia no mesmo período. Leito-dia é a unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito de internação por um dia hospitalar. Corresponde aos leitos operacionais ou disponíveis, incluindo os leitos extras com pacientes internados.

Finalmente, a terceira área temática foi a de Resultados, que se refere à efetividade da assistência hospitalar. Nessa área foi contemplada a subárea Mortalidade, que se propõe a medir os resultados dos serviços em termos de estado de saúde dos pacientes. Dois indicadores foram selecionados: Taxa de mortalidade geral (TXMG) - relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital em determinado mês e o número de saídas no mesmo período - e; Taxa de mortalidade institucional (TXMI) - relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital após 24 horas de internação no mês e o número de saídas no mesmo período.

Os dados levantados através da pesquisa documental realizada nos quatro manuais supra-referidos (Itens 6.3.1 a 6.3.4) - relacionados à acreditação e à qualidade da assistência nos hospitais - foram classificados em unidades de registro. Posteriormente, essas foram analisadas e agrupadas nas categorias Gestão, Recursos Humanos e Compras, conforme apresentado no Quadro 2.

CATEGORIA	PADRÃO/INDICADOR (Unidade de Registro)
GESTÃO	Implantação de sistema de indicadores de desempenho
	Avaliação contínua dos recursos humanos, físicos, financeiros e de informação
	Capacitação dos gestores para lidarem com os sistemas de informação
	Habilitação da Direção em administração de empresas/administração hospitalar
	Controle de custos hospitalares e das receitas e despesas

Quadro 2 - Categorias de análise/Manuais de Acreditação e Qualidade da assistência prestada pelos hospitais públicos

(continua)

CATEGORIA	PADRÃO/INDICADOR (Unidade de Registro)
GESTÃO	Utilização sistemática de informes estatísticos como instrumento para a melhoria da qualidade
	Tempo médio de permanência geral (TMP)
	Taxa de ocupação (TO)
	Taxa de mortalidade geral (TXMG)
	Taxa de mortalidade institucional (TXMI)
RECURSOS HUMANOS	Qualificação profissional para agregar e analisar dados, de forma sistemática
	Participação dos profissionais na melhoria de desempenho do hospital e nas avaliações da prática do exercício profissional
	Taxa de absenteísmo
COMPRAS	Realização de processos de seleção e compra de insumos
	Planejamento na aquisição de equipamentos
	Adoção de sistema de gestão de materiais e suprimentos - para os setores farmácia, almoxarifado, nutrição e laboratório
	Adesão a banco de preços na aquisição de materiais e medicamentos

Quadro 2 - Categorias de análise/Manuais de Acreditação e Qualidade da assistência prestada pelos hospitais públicos. (conclusão)

6.3.5 Modelo de Relatório estatístico do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

A Unidade de Estatística do Departamento de Qualidade e Análise Institucional (DQAI) do IMIP elabora mensalmente o Relatório Estatístico dessa instituição, que é entregue à Diretoria servindo de instrumento na tomada de decisão.

Esse documento é composto de uma série de indicadores gerais, que são aferidos mensalmente, consolidados em tabelas e comparados, através de gráficos, com os resultados obtidos nos demais meses do ano.

Dentre os principais indicadores gerais, estão os relacionados ao desempenho da instituição como: Média de permanência; Intervalo de Substituição;

Giro de rotatividade (renovação); Ocupação hospitalar; Desocupação hospitalar; Mortalidade geral hospitalar; Mortalidade institucional e Infecção hospitalar. Há aqueles específicos para o bloco cirúrgico como: Cirurgia programada; Cirurgia realizada; Cirurgia suspensa e Cirurgia de emergência.

Além destes, o IMIP também analisa mensalmente outros indicadores como: Consumo de energia elétrica (kW); Roupas lavadas (Kg); Resíduo de sólido hospitalar (Kg); Consumo de oxigênio (m^3), Consumo de água (m^3) e Consumo de ar comprimido (m^3).

Após a análise, esses indicadores foram classificados por unidades de registro e agrupados dentro da categoria Gestão.

6.3.6 Relatório de consultoria do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG) - HR/2009.

Em 2008, o Governo do Estado de Pernambuco, através do Convênio firmado com o Movimento Brasil Competitivo (MBC) - que reúne instituições públicas e privadas com o objetivo de promover a melhoria da administração pública - permitiu a contratação do INDG para apoiar trabalho de modernização da gestão, iniciando-se nas áreas de Saúde/Educação/Segurança.

Neste mesmo ano, a INDG iniciou estudo no Hospital da Restauração, no qual tomou como ponto de partida dois indicadores de desempenho hospitalar: Tempo médio de permanência hospitalar (TMP) e a Taxa de mortalidade hospitalar (TMH). A partir daí, foi em busca das causas do baixo desempenho constatado no HR. No relatório, foram expostas as principais causas identificadas para justificar os elevados TMP e TMH do hospital e, o conseqüente baixo desempenho.

Estas causas foram classificadas em unidades de registro e, posteriormente, analisadas e agrupadas nas categorias Recursos Humanos, Emergência, Compras e Questões Externas, conforme demonstrado nos Quadros 3 e 4.

CATEGORIA	CAUSA (Unidade de Registro)
RECURSOS HUMANOS	Deficiência de monitoramento dos padrões de atuação dos profissionais médicos
	Deficiência de continuidade de assistência ao paciente
	Déficit de profissionais na triagem e nas clínicas
	Déficit de anestesistas
EMERGÊNCIA	Dificuldade de transferência para as clínicas (enfermarias)
	Deficiência na triagem
	Falta de protocolos de atendimento por especialidade
EMERGÊNCIA/ QUESTÕES EXTERNAS	Retardo na realização dos exames dentro e fora do hospital
COMPRAS	Retardo na compra de medicamentos
	Deficiência na aquisição de equipamentos e materiais de baixo custo

Quadro 3 – Categorias de análise/Causas relacionadas ao elevado Tempo médio de permanência hospitalar no HR

CATEGORIA	CAUSA (Unidade de Registro)
RECURSOS HUMANOS	Deficiência de monitoramento dos padrões de atuação dos profissionais médicos
	Deficiência de continuidade de assistência ao paciente
EMERGÊNCIA	Dificuldade de transferência para as clínicas (enfermarias)
EMERGÊNCIA/QUESTÕES EXTERNAS	Retardo na realização dos exames dentro e fora do hospital

Quadro 4 – Categorias de análise/Causas relacionadas à elevada Taxa de mortalidade hospitalar no HR

O estudo desses manuais serviu como referência ampliada para a pesquisa, isto é, como a busca de diretrizes das melhores práticas nos hospitais, com potencial de conduzir ao desempenho superior.

6.4 Entrevistas semi-estruturadas com os membros do TCE/PE

Inicialmente, buscou-se conhecer o valor dado ao auditor de saúde pelos diversos membros do próprio órgão, tendo estes sido questionados sobre a importância da incorporação desses auditores no quadro de pessoal do Tribunal, assim como as razões desta decisão institucional. Os participantes foram, então, unânimes em demonstrar a relevância de especialistas na área de saúde para a realização de tais fiscalizações. Três dos participantes - das entrevistas 2, 3 e 4 - afirmaram que o motivo que levou o TCE a criar o cargo de auditor de saúde foi o fato de haver vultoso dispêndio de recursos públicos com a saúde, o que exigiu do órgão uma priorização desta área com a incorporação de profissionais de saúde nos seus quadros.

Durante a entrevista 2 foi realizado o seguinte relato:

[...] Essas vagas foram criadas em função do volume de recursos alocados em saúde. O Tribunal precisava realmente ter um olhar de pessoal que entendesse mais da saúde, para que a gente não ficasse apenas na análise contábil-financeira, mas focasse também nos resultados.

Posteriormente, a entrevista foi direcionada para que os participantes pudessem contribuir na seleção das principais áreas a serem auditadas - com base em seus conhecimentos e experiências - no âmbito dos hospitais públicos.

A princípio foram questionadas quais seriam as principais deficiências da organização pública hospitalar (áreas críticas) vislumbradas por cada um dos membros do Tribunal. Todos os entrevistados levantaram a questão da gestão destas unidades de saúde, a qual deveria ser mais voltada para o desempenho hospitalar, objetivando-se a eficiência. Os participantes 3 e 4 falaram sobre a necessidade de um choque de gestão, conforme reproduzido a seguir:

[...] Seria necessário dar um choque de gestão, em busca da eficiência, aplicar técnicas modernas de gestão, especialmente na compra de medicamentos, fluxo de estoque, comissões de licitação mais capacitadas e ágeis (ENTREVISTA 3).

Os participantes 1, 3 e 4 apontaram, também, como deficiência a baixa produtividade e qualidade na prestação de serviços no âmbito dos hospitais

públicos, repercutindo em indicadores de desempenho insatisfatórios.

Durante a terceira entrevista, foi levantada a questão de pessoal - que compõe o quadro de profissionais de saúde - no âmbito dos hospitais. Foi ressaltada tanto a questão salarial, como a necessidade de um plano de cargo e carreira que motive esses profissionais, assim como a questão das más condições de trabalho dentro das grandes unidades públicas hospitalares.

Perguntado sobre quais deveriam ser os principais focos dessas fiscalizações, todos os entrevistados afirmaram ser um deles a análise da eficiência dos serviços prestados pela unidade hospitalar, a qual foi relacionada com desempenho, resultado e gestão da instituição. Os entrevistados 1, 3 e 4 apontaram, também, a avaliação da qualidade do atendimento prestado à população como importante direção a ser dada nas auditorias.

Os participantes das entrevistas 1 e 3 ressaltaram, ainda, os setores de compras, licitações e contratos - envolvidos na aquisição de materiais médico-hospitalares - como uma das mais importantes diretrizes a ser dada nos trabalhos de fiscalização. O primeiro entrevistado, assim, afirmou: “a aquisição de insumos de forma regular e econômica precisa estar associada à prestação de serviços eficientes, com adequada produtividade e qualidade”.

Finalmente, um terceiro direcionamento para as auditorias foi dado pelos participantes 3 e 4, que enfatizaram o fortalecimento dos controles internos dos órgãos jurisdicionados do TCE. Durante a quarta entrevista, o seguinte relato foi feito:

[...] O controle interno é um instrumento essencial. Tem que ser implementado um sistema de auditoria interna nos hospitais. Este controle seria fundamental para uma reforma na gestão dessas organizações, vinculado a um planejamento estratégico para a área de saúde.

Quando abordados a respeito dos princípios da Administração Pública considerados por eles como os mais relevantes para as organizações públicas hospitalares, os mais ressaltados foram o da eficiência, o da economicidade e o da legalidade.

Finalmente, ao final das entrevistas, os participantes foram questionados a cerca das principais contribuições que o TCE/PE poderia oferecer para a sociedade, através destas auditorias hospitalares. Os participantes 1, 2 e 5 enfatizaram a

questão da orientação do tribunal com relação à profissionalização e acompanhamento da gestão dessas unidades de saúde. Foi ressaltado por um deles que o TCE poderia contribuir nesse processo, através do acompanhamento e da divulgação de um conjunto de indicadores de desempenho, que seriam aferidos anualmente e de forma independente pelos auditores.

Foi levantado, ainda, na terceira e quarta entrevistas, que o Tribunal deveria buscar a implantação de um rígido controle interno nesses hospitais, pela Secretaria de Saúde, a fim de que áreas como a de pessoal, exames, triagem, licitação, contratos e compras pudessem atuar com eficiência.

Após a classificação dos dados levantados, a partir das entrevistas, em unidades de registro, estas foram analisadas e consolidadas nas categorias Gestão, Recursos Humanos e Compras, conforme demonstrado no Quadro 5.

CATEGORIA	ASPECTOS LEVANTADOS (Unidade de Registro)
GESTÃO	Necessidade da avaliação do desempenho hospitalar
	Baixa produtividade e qualidade na prestação dos serviços
	Busca da eficiência na prestação dos serviços
	Importância do fortalecimento dos controles internos hospitalares
	Profissionalização da gestão
	Obrigação no cumprimento dos princípios da Administração Pública, principalmente, o da eficiência, o da economicidade e o da legalidade
RECURSOS HUMANOS	Necessidade de um plano de cargos e carreiras que motive os profissionais
	Más condições de trabalho
COMPRAS	Necessidade de aquisição regular e econômica dos materiais médico-hospitalares

Quadro 5 – Categorias de análise/Entrevistas semi-estruturadas com membros do TCE/PE

6.5 Entrevistas semi-estruturadas com os gestores da saúde

Duas outras entrevistas foram feitas com gestores da saúde, ocupantes de funções estratégicas na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, relacionadas aos grandes hospitais públicos. Também foi utilizado um roteiro contendo questões orientadoras para a entrevista.

Os participantes foram questionados quanto às principais dificuldades enfrentadas na gestão dos hospitais públicos estaduais, no âmbito das suas competências. O primeiro afirmou ser o controle da execução da despesa realizada por essas instituições, visto que os hospitais por não serem unidades gestoras, mas sim administrativas, não tem o dever de prestar contas ao E-FISCO - sistema de controle de arrecadação do Governo do Estado - e o fazem a SES/PE após sessenta dias do recebimento desses recursos, o que fragiliza a fiscalização desses. Outro fato relatado foi em relação ao montante de recursos destinados a essas organizações complexas de saúde, que ainda é limitado.

O segundo participante enfatizou como maior problema atualmente enfrentado na gestão dessas unidades, a rede de retaguarda - serviços privados conveniados - que constituem a rede complementar do SUS. O seguinte relato foi feito:

[...] A rede de retaguarda vem fechando, o que faz com que a população busque atendimento nos seis grandes hospitais do Estado, provocando a superlotação das Emergências. Entre 70 e 90% dos atendimentos realizados nesses hospitais são procedimentos de média complexidade, que deveriam ser resolvidos na rede de retaguarda contratada pelo Estado, já que grande parte dos municípios não tem para oferecer.

A retaguarda para pacientes crônicos foi citada como a mais problemática, devido ao déficit de leitos crônicos e ao custo elevado desses enfermos, que fazem com que essa rede não disponibilize as vagas necessárias. Este fato gera uma sobrecarga das Emergências, pois esses pacientes permanecem internados aí por um período de tempo prolongado, enquanto aguardam a disponibilização de um leito.

Outra questão levantada foi a da Terapia Intensiva a qual, além de sofrer pela escassez de leitos, é uma especialidade que tem carência de profissionais em

Pernambuco, segundo o entrevistado. Outras especialidades citadas, que enfrentam dificuldades com o quadro de pessoal foram: Ortopedia, Neurocirurgia, Anestesiologia e Pediatria.

Quando questionados de que forma a SES/PE vem exercendo o seu controle sobre os grandes hospitais, o primeiro participante afirmou que é através da análise da execução da despesa a *posteriori*, o que impede que a secretaria direcione da melhor forma possível essa execução. Segundo o entrevistado, o ideal seria o controle durante a execução, como vem atuando o Tribunal de Contas de Pernambuco nas auditorias de acompanhamento.

Durante a segunda entrevista, foi dito que a SES disponibiliza em cada um dos hospitais de um funcionário próprio, chamado de apoiador institucional, que se encontra diariamente na unidade para fornecer informações à secretaria sobre o hospital. Os dados, entretanto, não são processados *on line*, o que impede um acompanhamento sistemático do desempenho dessas unidades.

Por fim, foi solicitado aos entrevistados que opinassem sobre possíveis soluções para os problemas atualmente enfrentados pela gestão dessas organizações. O primeiro entrevistado afirmou ser a transformação desses hospitais em unidades gestoras e executoras das despesas, sendo necessário para isso, dotar essas unidades de estrutura (equipamentos de informática) e de pessoal capacitado para trabalhar com o E-FISCO. Além disso, ressaltou a necessidade de dotar os hospitais de mecanismos de controle.

O segundo participante afirmou considerar de extrema relevância a profissionalização da gestão, informando que a SES/PE já deu início a esse processo, através da contratação de uma empresa de consultoria com esse objetivo.

Após a coleta dos dados dessa pesquisa, o Secretário Estadual de Saúde publicou a Portaria nº 083, em 22 de fevereiro de 2010, através da qual instituiu como Unidade Gestora Executora (UGE), as seguintes unidades hospitalares: Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital Getulio Vargas, Hospital da Restauração, Hospital Geral Otávio de Freitas e Hospital Regional do Agreste Waldemiro Ferreira.

As unidades registradas nessas entrevistas foram analisadas e consolidadas nas categorias Gestão e Questões Externas, conforme demonstrado no Quadro 6.

CATEGORIA	ASPECTOS LEVANTADOS (Unidade de Registro)
GESTÃO	Deficiências no controle da execução da despesa (<i>a posteriori</i>) realizada pelos hospitais
	Necessidade de transformação dos hospitais em unidades gestoras e executoras das despesas
	Capacitação dos profissionais para o E-FISCO
	Limitação do montante de recursos repassados às organizações
	Ausência de acompanhamento sistemático do desempenho hospitalar
	Profissionalização da gestão
QUESTÕES EXTERNAS	Deficiências da rede complementar do SUS
	Déficit de profissionais, no Estado, nas especialidades de Terapia Intensiva, Ortopedia, Neurocirurgia, Anestesiologia e Pediatria
	Escassez de leitos de Terapia Intensiva no Estado

Quadro 6 – Categorias de análise/Entrevistas semi-estruturadas com gestores da saúde (SES/PE)

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados permitiu atingir o objetivo da pesquisa, que foi definir as diretrizes para uma fiscalização sistemática dos hospitais públicos estaduais pelo Tribunal de Contas de Pernambuco.

As auditorias realizadas pelo TCE/PE nessas instituições devem envolver tanto questões de legalidade e conformidade, como operacionais e de avaliação dos serviços, contribuindo para melhor utilização dos recursos públicos destinados à saúde, assim como para melhoria da gestão e da qualidade assistencial hospitalar.

O presente estudo utilizou várias fontes de evidências com o fim de buscar um enfoque mais amplo, tendo sido as diretrizes delineadas a partir das cinco áreas (categorias analíticas) consideradas mais relevantes para atuação do Tribunal no âmbito hospitalar: Gestão, Recursos humanos, Emergência, Compras e Questões externas.

7.1 Gestão

Devido à grande diversidade do tema, as unidades de registro que compuseram a categoria Gestão foram divididas em duas subcategorias: desempenho hospitalar e gestão administrativo-financeira.

7.1.1 Desempenho hospitalar

O desempenho hospitalar englobou tanto aspectos de produção como de qualidade. As unidades de registro agrupadas nesta subcategoria, que se mostraram mais relacionadas com as atividades a serem desenvolvidas pelo TCE/PE foram:

- Utilização sistemática de indicadores de desempenho e informes estatísticos;

- Avaliação e monitoramento dos serviços;
- Capacitação da direção e da gestão hospitalar; e
- Elaboração de planejamento estratégico e contrato de gestão.

Essas unidades coincidiram com as apontadas por autores de outros trabalhos. A importância da utilização de indicadores e informes estatísticos, que reflitam a *performance* de uma organização hospitalar, já havia sido abordado por outros autores como Malik (2005), ao afirmar que os indicadores permitem saber o que está acontecendo no sistema de saúde ou nos serviços, assim como de conhecer as conseqüências das ações empreendidas. A autora os considera fundamentais para a tomada de decisão, apesar da utilização destes ainda ser pouco frequente na gestão em saúde.

Em 2004, uma publicação divulgada pelo Ministério da Saúde sobre a reforma hospitalar também alertou para a necessidade de mudança na gestão hospitalar, tendo sido afirmado que ainda não se dispõe de um sistema de indicadores hospitalares que permita a realização de categorização, classificação e comparação entre as instituições hospitalares brasileiras.

La Forgia e Couttolenc (2008), por sua vez, também afirmam que para melhorar o desempenho nos hospitais públicos é necessário, dentre outros, de um sólido ambiente de informações. Para os autores, é necessário - no fortalecimento do ambiente institucional - promover o uso efetivo de tecnologias de informação para apoiar o desempenho e avaliação de resultados, assim como desenvolver um padrão de referência nacional e um sistema de boletins públicos focados na eficiência e na qualidade.

Corroborando com os autores citados, o Tribunal de Contas de Pernambuco, em Decisão nº 0903/08, referente ao julgamento do Processo nº 0800986-7 - Auditoria Especial do FES -, determinou aos gestores do hospital Getúlio Vargas estabelecer e aferir sistematicamente indicadores para analisar a qualidade da assistência prestada no serviço de Emergência (PERNAMBUCO, 2008).

A importância em se avaliar e monitorar os serviços hospitalares é questão já amplamente discutida e consolidada por diversos autores como Avedis Donabedian (1980), considerado o fundador do campo da qualidade em serviços de saúde, que introduziu, em 1966, os conceitos de estrutura, processo e resultado, com o objetivo de orientar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

No Brasil, a preocupação em avaliar instituições hospitalares a fim de garantir um padrão hospitalar nacional data da década de 40, entretanto esse processo foi descontinuado ao longo dos anos.

A avaliação dos serviços hospitalares está relacionada, também, com o fortalecimento do controle interno - aquele exercido por órgão especializado, porém, pertencente ao mesmo âmbito de poder na qual a administração está inserida (CHAVES, 2007) - assim como com a atuação dos tribunais de contas, que assumem o papel de avaliadores externos das instituições.

Os achados desta pesquisa estão em consonância com os estudos de La Forgia e Couttolenc (2008), quando afirmam que os padrões de qualidade já existem sob a forma de requisitos de concessão de licença e sistemas de acreditação, sancionados pelo governo. Este trabalho analisou padrões contemplados em diversos manuais como os de Acreditação Hospitalar da ONA e do CBA e o do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos hospitais do SUS/MG.

Assim o presente estudo constatou que a implementação de estratégias de controle da qualidade tem sido escassa e a obtenção de padrões não garante por si só o aumento da performance dos serviços hospitalares. Apesar de muitas ações críticas necessárias para melhorar a qualidade deveriam ocorrer no nível hospitalar sob a liderança da direção.

Este estudo também foi corroborado pela publicação divulgada pelo Ministério da Saúde, em 2004, sobre a reforma hospitalar. O texto afirma que apesar dos investimentos e novas iniciativas - Acreditação hospitalar e Projeto REFORSUS e QUALISUS -, nos últimos anos, para a melhoria da qualidade gerencial e assistencial de estabelecimentos hospitalares no país, não houve, porém, uma preocupação em se estruturar um mecanismo de monitoramento e avaliação do real impacto dessas medidas. Tais iniciativas mostraram-se, portanto, pouco impactantes, da maneira como foram implementados nos últimos anos (BRASIL, 2004).

A rede hospitalar brasileira é caracterizada pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial, o que torna imprescindível a construção de uma cultura de monitoração e avaliação da atenção hospitalar no país (BRASIL, 2004).

Quanto à importância da capacitação da direção e da gestão hospitalar, este estudo foi coincidente com os de outros autores como Barbosa (1996) ao afirmar

que a crise do setor público de saúde como um todo tem particularidades observadas nos problemas da má utilização de instrumentos de gestão e na incompetência gerencial.

Santana (1997) aponta, ainda, que o elevado grau de desperdício de recursos no sistema de saúde do país está relacionado principalmente com a baixa capacidade gerencial do serviço público. Ressalta também a imensa defasagem entre a oferta e a demanda por oportunidades de capacitação para a gestão.

O Ministério da Saúde, em publicação sobre a reforma hospitalar, relata que a rede hospitalar brasileira é caracterizada pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial, longe de atender as exigências para constituírem verdadeiros espaços para uma atenção hospitalar resolutiva, adequada e otimizada (BRASIL, 2004).

No que diz respeito à relevância que tem o planejamento estratégico e contrato de gestão como instrumentos para a melhoria da qualidade nos serviços hospitalares, achado deste estudo, outros autores também apontaram para a sua necessidade.

Para Dussault (1992), os serviços de saúde têm de respeitar normas de qualidade, ao mesmo tempo em que não podem estar formalizados demais. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários. Medici (1995) ratifica que essa modificação nos estilos de gestão dos estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver simultaneamente problemas associados à eficiência, eficácia e efetividade, com impactos na redução dos custos dos sistemas de saúde. Todas essas formas têm em comum a questão da autonomia da gestão do serviço de saúde, seja ele público ou privado.

O Ministério da Saúde afirma que os hospitais trabalham com um sistema de contrato bastante formal, não permitindo auxiliar na tomada de decisões, reorientação de ações e avaliação dos serviços. Conclui que é necessário estabelecer contratos de serviços e incorporar a estes os aspectos referentes à regulação e à avaliação dos serviços (BRASIL, 2004).

La Forgia e Couttolenc (2008) enfatizam, ainda, que para melhorar a qualidade e a eficiência dos hospitais públicos depende do aumento da motivação e pró-atividade de seus gerentes. Até os gerentes mais treinados teriam dificuldades

para melhorar o desempenho, pois muitas decisões-chave ainda são tomadas fora do hospital, prejudicando o aumento da responsabilização daqueles.

Para os autores, para que se promova a responsabilização da gestão na utilização dos recursos, são necessários arranjos contratuais sólidos e monitoramentos, através dos quais o estabelecimento se vê obrigado a negociar e cumprir metas finalísticas de quantidade/qualidade dos serviços fixadas, de forma negociada com o Estado. Ressaltam, ainda, que a autonomia em si não é capaz de melhorar o desempenho nos hospitais públicos, também são necessários contratos de serviço, cumprimento dos contratos, financiamento baseado em desempenho, gerenciamento de recursos humanos flexível e um sólido ambiente de informações (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

7.1.2 Gestão administrativo-financeira

As unidades de registro agrupadas nesta subcategoria, com maior destaque para serem utilizadas nos trabalhos de auditoria foram:

- Controle de custos hospitalares e das receitas e despesas;
- Hospitais como unidades gestoras e executoras das despesas;
- Repasse de recursos financeiros; e
- Capacitação profissional para o sistema financeiro de informações.

Para Couttolenc e Zucchi (1998), a gestão de recursos financeiros constitui elemento crítico e imprescindível ao gerenciamento dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados. Ela desempenha um papel importante no processo de tomada de decisões em saúde e um impacto crítico na qualidade e continuidade dos serviços, contribuindo significativamente para a viabilidade econômico-financeira de serviços de saúde.

Em relação ao controle de custos hospitalares e das receitas e despesas, a sua importância é ressaltada por autores como Couttolenc e Zucchi (1998, p. 82), ao afirmar que “conhecer os custos dos serviços de saúde permite identificar os pontos do processo produtivo ou da organização em que se poderia obter uma redução de custo, liberando dessa forma recursos para outras atividades”.

Pesquisa realizada pelo BNDES em 2002, junto a instituições hospitalares filantrópicas, revelou que, apenas, 34,8% dessas possuíam sistema de custos implementado (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2002).

Quanto à necessidade em se transformar os hospitais em unidades gestoras e executoras das despesas, significa que essas instituições deixariam de ser unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, implicando numa maior autonomia da gestão financeira desses estabelecimentos de saúde.

Esse tema coincidiu com os trabalhos desenvolvidos por Couttolenc e Zucchi (1998), que afirmaram como uma das estratégias para superar a crise na gestão financeira dos serviços de saúde, a necessidade em se ter numa maior flexibilidade e, portanto, autonomia.

Para Médici (1995), a modificação nos estilos de gestão dos serviços ou estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver simultaneamente problemas associados à eficiência, eficácia e efetividade, com impactos sensíveis na redução dos custos dos sistemas de saúde. Todas essas formas, por sua vez, têm em comum a questão da autonomia da gestão do serviço de saúde.

A limitação do montante de recursos repassados às organizações hospitalares foi outra unidade registrada nesta pesquisa e confirmada por outros autores como Couttolenc e Zucchi (1998), ao afirmarem que os recursos disponíveis são, por definição, limitados e muitas vezes insuficientes para cobrir todas as necessidades.

O problema da limitação de recursos no setor público tem resultado, em muitas instâncias, num processo que, na prática, é a negação da gestão financeira, isto é, aprova-se um orçamento com valores bem menores que o solicitado e/ou anuncia-se que, por insuficiência de recursos, a dotação aprovada será cortada.

O processo orçamentário deve ser, portanto, um instrumento poderoso e imprescindível de planejamento, mas da forma como é dado, inviabiliza o planejamento e o desacredita.

Finalmente, a importância da capacitação profissional para o sistema financeiro de informações também foi apontada por Couttolenc e Zucchi (1998), que associaram a necessidade em se ter uma maior autonomia da gestão financeira da organização à exigência da profissionalização da gestão.

7.2 Recursos humanos

A categoria RH englobou, dentre outras, as seguintes unidades de registro consideradas mais relevantes para a atuação do Tribunal de Contas:

- Dimensionamento do quadro funcional;
- Utilização do indicador Taxa de absenteísmo;
- Instrumento de controle da carga horária dos profissionais;
- Condições de trabalho;
- Monitoramento dos padrões de atuação dos profissionais médicos;
- Capacitação profissional; e
- Participação dos profissionais na melhoria de desempenho do hospital e nas avaliações da prática do exercício profissional.

Para Malik (1998, p.19), a área de Recursos Humanos é, com certa propriedade, associada à geração de despesas. Diretores de Recursos Humanos defendem aumentos de salários, mais treinamento, melhores condições de trabalho, planos de carreiras, entretanto, as pessoas significam custos e sem elas não há produção.

Em relação à importância que tem o adequado dimensionamento do quadro funcional de uma organização, esta pesquisa foi corroborada pelo manual do Ministério da Saúde sobre a gestão hospitalar (GESTHOS), ao afirmar que o quadro de lotação deve ser determinado levando-se em conta as necessidades da população local (perfil epidemiológico) e a proposta de organização do serviço para atender a estas necessidades (BRASIL 2002).

A referida fonte apontou, ainda, que os gerentes de recursos humanos e das unidades de serviço devem observar que um quadro de lotação deve ser um instrumento flexível e passível de modificações.

Verifica-se, ainda, que a dificuldade da gestão em se dimensionar o quadro médico por especialidade, o nº de salas de cirurgias, de equipamentos e as necessidades peculiares a cada setor de atendimento do hospital, bem como todo planejamento estratégico, é agravada pela não utilização dos dados de atendimento dos pacientes como ferramenta gerencial no Hospital da Restauração (PERNAMBUCO, 2009).

Quanto à utilização do indicador Taxa de absenteísmo, assim como a necessidade de um instrumento efetivo de controle da carga horária dos profissionais, alguns trabalhos já apontaram para a relevância destes.

A necessidade em se monitorar as faltas dos profissionais nos serviços de saúde foi apontada no Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos hospitais do SUS de Minas Gerais, o qual preconiza a utilização do indicador Taxa de absenteísmo, de forma sistemática, pelas instituições hospitalares. Ela representa a relação percentual entre o número de horas/profissionais ausentes (exceto férias e licenças legais) e o número de horas/profissionais trabalhadas, nos últimos doze meses. O documento ressalta, ainda, a necessidade da gestão de justificar os motivos e as ações adotadas para reduzir o problema (MINAS GERAIS; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2007).

Quanto à relevância de se ter um instrumento efetivo de controle da carga horária dos profissionais de saúde, os órgãos de controle dos Estados têm sido enfáticos neste processo há alguns anos.

Em 2004, o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) instaurou um Inquérito Civil Público, tendo colhido os seguintes dados acerca dos municípios de SC: 70 municípios (23,89%) não possuíam qualquer tipo de controle de frequência; 216 (73,72%) usavam ficha ou livro-ponto - instrumentos considerados ineficazes pelo MPSC pela possibilidade de fraude nos registros - e; apenas 54 municípios (18,43%) faziam o controle de forma adequada, por meio do cartão-ponto. Além destas irregularidades, o relatório apontou também que 70,99% dos municípios não possuíam legislação específica dispondo sobre a forma de controle e fiscalização da carga horária médica e que em 15,36%, os médicos e dentistas cumpriam seus contratos de trabalho a partir de cotas de atendimento, independente do cumprimento da carga horária (SANTA CATARINA, 2004).

O Relatório de Auditoria Especial do Fundo Estadual de Saúde - Processo TC nº 0807438-0 do TCE/PE - apontou as seguintes irregularidades durante fiscalização realizada na Emergência do HR, em 2009: ausência de assinaturas de profissionais nas listas diárias de frequência dos plantões; não identificação dos horários de chegada e saída; divergências entre faltas apontadas nas listas de frequência diárias e nos boletins mensais enviados à SES/PE e; ausência de médicos coordenadores nas escalas de plantão (PERNAMBUCO, 2009).

Em relação às condições de trabalho, os achados desta pesquisa coincidiram com os de outros trabalhos, como o de Furtado (2009), ao afirmar que os serviços de urgência e emergência contam com a característica da desorganização e da falta de uma atenção humanizada. Foi ressaltado, também, que a elevada demanda de pacientes concorre para a inadequação tanto da estrutura física quanto do provimento de recursos humanos.

No referido estudo, a inadequação do ambiente de trabalho esteve relacionada com a disponibilidade dos materiais, a insalubridade do local, o acúmulo de pacientes em todos os espaços, com prejuízos para a realização de procedimentos e para garantir a privacidade dos pacientes. A observação aponta ainda, que esse quadro contribui para o esgotamento físico e emocional dos profissionais, situação essa decorrente do ambiente de trabalho e não gerada por problemas decorrentes dos profissionais.

Malik (1998) assinala que o ambiente interno da organização tenderá a refletir sua imagem. Os trabalhadores da saúde se sentem tão valorizados quanto percebem que as organizações os consideram, por meio de salários e outros ganhos, materiais ou simbólicos, e quanto sentem que a sociedade os respeita.

É necessário perceber que o que se gasta com os trabalhadores da organização, na verdade é investimento, pois o salário pode significar permanência e, portanto, otimização daquilo que já foi investido em alocação, integração e treinamento. Essa percepção, no entanto, depende de visão de longo prazo, nem sempre presente (MALIK, 1998).

A dificuldade em monitorar os padrões de atuação dos profissionais médicos está relacionada com a complexidade em torno da estrutura organizacional dos hospitais e foi confirmada por outros autores.

Mintzberg (1979) afirmou que o ambiente das unidades de saúde é complexo e a autonomia profissional limita o papel dos gerentes e da tomada de decisão. O trabalho nos hospitais públicos, conseqüentemente, é difícil de ser controlado, e, portanto a centralização e a burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de bom nível.

O sucesso das organizações de saúde depende do empenho de cada um dos seus integrantes, visto que essas dependem de seus operadores, em primeiro lugar (Dussault, 1992). São as chamadas organizações profissionais, onde o saber e as

habilidades são formalizados através do processo de formação e das normas definidas pelas associações profissionais.

Para Malik (1998), grande parte daquilo que se chama organizações de saúde tem a ver com seus recursos humanos, nas quais se valorizam habilidades e conhecimentos necessários para o desenvolvimento do trabalho final.

Esses autores apontaram como uma das características do setor da saúde, o pouco controle hierárquico sobre o grupo gerador de trabalho, de despesas e de receita, isto é, os médicos. A hierarquia gerencial é, então, frequentemente dissociada da hierarquia profissional, dependendo da categoria e do nível hierárquico considerado.

Gurgel Jr. (2003) corroborou com os demais, ao afirmar que nos hospitais e demais unidades de saúde, o poder está concentrado no núcleo operacional, e o controle do processo de trabalho se dá por padronização de habilidades. Este fato gera um fluxo ascendente de resistência às ordens emanadas do nível central. Neste nível o poder se localiza na gerência intermediária e o processo de trabalho se baseia no controle de desempenho das unidades de saúde. Esse hibridismo estrutural é um desafio à condução de sistemas e serviços de saúde, pois nessa forma de estruturação se observa um bloqueio de fluxo de mando de cima para baixo no sistema de saúde.

Nas instituições hospitalares, os dirigentes reconhecem que seu papel no desempenho final da organização é muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis para seu funcionamento. O verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços.

Sobre a capacitação profissional, Maria Helena Machado (1996) enfatizou que a atualização dos trabalhadores dos serviços de saúde pública é de responsabilidade governamental, uma vez que se trata de serviço de assistência à saúde, e essa é de caráter essencial.

O Ministério da Saúde, em publicação acerca da reforma hospitalar, corroborou com a necessidade de aperfeiçoamento profissional, ao admitir que a crise hospitalar brasileira possui várias dimensões, estreitamente vinculadas, dentre elas, a da formação profissional (BRASIL, 2004).

Quanto à participação dos profissionais na melhoria de desempenho do hospital e nas avaliações da prática do exercício profissional, que por sua vez

perpassa pelo comprometimento do profissional com a instituição. Furtado (2009) refere que houve uma perda deste causada pela própria organização, que não procura envolver o funcionário, nem estimular a mobilização e a participação dele no planejamento da gestão e em outros projetos.

7.3 Emergência

O tema Emergência abrangeu as seguintes principais unidades de registro relacionadas à natureza das fiscalizações realizadas pela auditoria de saúde do TCE:

- Demanda de pacientes;
- Perfil de atendimento;
- Classificação de risco;
- Condições estruturais e/ou operacionais;
- Tempo de espera para a realização dos exames; e
- Transferência para as clínicas (enfermarias).

A questão da demanda de pacientes às emergências, o perfil de atendimento dos serviços e a classificação de risco estão relacionados entre si e com a superlotação dos grandes hospitais públicos, influenciando na efetividade organizacional. Estes aspectos já foram amplamente abordados em outros trabalhos.

O'Dwyer, Matta e Pepe (2008) afirmaram que em situações de excesso de demanda, os pacientes que precisam de recursos tecnológicos sofisticados em função da gravidade ou complexidade do seu problema de saúde são alvo da maior preocupação dos profissionais, dos gestores e dos formuladores de políticas de saúde.

Os autores encontraram, também, como a principal causa da superlotação - em avaliação realizada nos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro - o atendimento a pacientes com problemas ambulatoriais, isto é, fora do perfil de atendimento da emergência. Além disso, constatou-se a insuficiência da

estrutura hospitalar regional, problemas sociais, o desconhecimento da população sobre a missão do serviço e a confiança da população no hospital.

Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) observaram que 74,5% dos atendimentos realizados na Emergência do HR, nos anos de 1993, 1997 e 2001 foram inadequados ao perfil do hospital, isto é, não foram caracterizados como sendo de urgência ou emergência. Concluíram que tal fato prejudica o atendimento dos casos considerados adequados, uma vez que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e consequente sobrecarga para toda a equipe de profissionais, contribuindo para o aumento dos custos hospitalares.

Esses autores levantaram uma série de causas explicativas para o elevado número de pacientes com atendimentos considerados inadequados, dentre elas: acesso mais fácil em relação ao serviço de atenção primária; desinformação da população sobre o funcionamento dos serviços de emergência; consultas negadas na assistência primária; manutenção do fluxo financeiro e; maior longevidade da população, aumentando o número de idosos nos serviços de emergência.

Auditoria Especial realizada pelo TCE/PE - Processo TC nº 0807438-0 - no HR identificou que a ausência de critérios de avaliação de risco na Emergência contribuiu para a superlotação do serviço, pois possibilitou o acesso de pacientes não compatíveis com o perfil de atendimento do hospital, e que poderiam ser referenciados para outras unidades hospitalares. A superlotação da emergência, por sua vez, piora a qualidade do serviço prestado (PERNAMBUCO, 2009).

Finalmente, Bittencourt e Hortale (2009), em revisão acerca das intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação nos serviços de emergência hospitalar, apontaram que as mais citadas foram: implantação da unidade de observação dos pacientes graves; implantação do serviço de enfermagem dedicado à admissão, alta e transferência do paciente; instituição de protocolos de saturação operacional e implantação da unidade de pronto-atendimento.

A relevância em se analisar as condições estruturais e operacionais das emergências, como as registradas neste estudo - estrutura física precária; insuficiência de salas de cirurgia; falta de leitos e de materiais; ausência de manutenção dos equipamentos; insuficiência do serviço de apoio diagnóstico do hospital; condições inadequadas de trabalho e; insuficiência dos serviços de lavanderia e laboratório - já havia sido apontada pelo Ministério da Saúde ao admitir

que uma das dimensões da crise hospitalar brasileira é constituída pelos aspectos organizacionais internos (BRASIL, 2004).

Outros autores como Machado e Kuchenbecker (2007) e Vecina Neto (2007) assinalaram o hospital como uma das organizações mais complexas de serem administradas, por reunirem vários serviços e situações simultâneos como hotel, serviços médicos, lavanderia, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, etc., se constituindo em um organismo regido por normas vindas de diversos órgãos e instituições.

Em relação ao tempo de espera para a realização dos exames, vários trabalhos identificaram que o retardo na concretização destes elevou o tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes.

Pires (1999) - em estudo realizado na emergência de um hospital filantrópico do município de São Paulo - concluiu que o tempo de espera para a realização de ressonância magnética foi o que mais interferiu com o tempo de permanência do paciente.

Seligman *et al.* (2006) identificou, através de pesquisa na Emergência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, os fatores de retardo de internação, definidos como permanência hospitalar por motivos não clínicos. O maior tempo de espera nos exames subsidiários foi resultado de pendência na liberação de laudos anatomopatológicos em biópsias, com mediana de 4,2 dias. A mediana de espera para realização de tomografias computadorizadas foi de 5 dias pra crânio, 4,2, para abdome e 3,2, para tórax.

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Gerencial (INDG), em consultoria realizada no HR, em 2008, identificou causas relacionadas ao funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico por Imagem, que contribuíram para o aumento do tempo médio de permanência e da taxa de mortalidade hospitalar da Restauração. Dentre os principais fatores apontados, estavam: o retardo na realização de exame dentro do hospital; deficiências de estrutura e; inexistência do monitoramento dos padrões de atuação dos profissionais de imagem e diagnóstico (PERNAMBUCO, 2009).

Finalmente, auditoria especial realizada pelo TCE no Serviço de Imagem da Restauração revelou que o hospital compra um quantitativo grande de exames de imagem em clínicas privadas, gerando custos hospitalares elevados e piora dos

indicadores de desempenho devido ao tempo de espera prolongado para a realização desses exames fora da instituição (PERNAMBUCO, 2009).

Quanto à dificuldade em se transferir internamente o paciente da Emergência para as enfermarias do hospital, este assunto já foi abordado em Decisão do TCE/PE nº 0903/08, referente ao julgamento do Processo nº 0800986-7 - Auditoria Especial do FES -, quando o Tribunal determinou aos gestores do hospital Getúlio Vargas que priorizasse a disponibilização de um quantitativo maior de leitos, nas Enfermarias e UTI, para os pacientes da Emergência que necessitem de internação. Além disso, recomendou-se à SES/PE que ampliasse a oferta de leitos nas enfermarias e, sobretudo, promovesse maior controle sobre os leitos hospitalares, a fim de impedir a reserva destes (PERNAMBUCO, 2008).

7.4 Compras

O tema Compras registrou diversas unidades, que foram consolidadas nas seguintes:

- Planejamento na aquisição de equipamentos, medicamentos e insumos;
- Aquisição regular e econômica dos materiais médico-hospitalares;
- Adoção de sistema de gestão de materiais e suprimentos; e
- Adesão aos Bancos de Preços em Saúde.

Todas essas questões estão relacionadas direta ou indiretamente com a gestão de materiais e suprimentos dos serviços de saúde. Essa gestão inclui subsistemas como o de controle e o de compras que, se executados com eficiência, permitem planejar as aquisições de forma regular e econômica, minimizando as faltas de medicamentos e os desperdícios de recursos. Vários autores confirmaram a relevância das referidas unidades registradas nesta pesquisa.

Segundo Paterno (1990), em qualquer tipo de organização, incluindo-se as instituições hospitalares universitárias públicas, a gestão de estoques deve estar voltada para o futuro. Esta não tem proporcionado sistemas de controle que efetivamente permitam a percepção de desvios indesejáveis e, conseqüentemente, a tomada, em tempo hábil, de medidas para corrigi-los.

Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) confirmaram a relevância do tema, ao revelarem que os gastos com materiais representam aproximadamente 15 a 25% das despesas correntes e que uma das maiores dificuldades na administração de materiais reside na distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio.

De acordo com Slack (1999), os estoques são recursos ociosos que possuem valor econômico, os quais representam um investimento destinado a incrementação das atividades de produção e servir aos clientes. Entretanto, a formação de estoques envolve a imobilização de recursos financeiros, que pode não estar tendo nenhum retorno do investimento efetuado e, por outro lado, pode ser necessitado com urgência em outro segmento da empresa, motivo pelo qual o gerenciamento de estoques deve projetar níveis adequados, objetivando manter o equilíbrio entre estoque e consumo.

As inúmeras atividades desenvolvidas pela gestão de estoques - desde a compra, passando pelo armazenamento e indo até o consumo -, sempre são acompanhadas por uma série de problemas, compreendendo o material em si, sua movimentação interna e externa, sua estocagem e o pessoal envolvido.

Quanto ao subsistema de controle de estoques, Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) apresentam vários dados que funcionam como indicadores da gestão de materiais: porcentagem de funcionários de compras (no máximo, 2% do total de funcionários do hospital); número de compras por comprador ao mês (aproximadamente 200); custo de um pedido (custo do setor de compras/ nº total de aquisições efetuadas no período. O resultado não deve ser superior a 10 dólares); nível de serviço ($\text{n}^\circ \text{ total de pedidos atendidos} / \text{n}^\circ \text{ de solicitações recebidas} \times 100$). O ideal é que essa relação seja o mais próximo de 100%); tempo médio de abastecimento (o tempo decorrido entre a solicitação de compra e a entrega do produto) e; giro de estoque ou rotatividade (reflete o número de vezes que o estoque roda em um determinado período).

Dentre os critérios a serem analisados no subsistema de controle, aqueles autores mencionaram os seguintes: a classificação ABC de valor, a classificação ABC de popularidade, os pedidos de compra, a movimentação de estoques valorizados, os indicadores de gestão de estoque, a relação de materiais não utilizados em determinado período e relatório de estoque. Pesquisa realizada pelo BNDES em 2002, junto a instituições hospitalares filantrópicas, constatou que

apenas 23,1% destas faziam controle regular de estoques (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2002).

Em relação ao subsistema de compras, foram levantadas as seguintes questões: legislação (licitação), mercado, empresas assemelhadas, classificação ABC de valor, solicitações fora do catálogo, relatórios de movimentação de estoque e catálogo de especificações.

Noronha e Borges (2005) também utilizaram indicadores definidos para determinar o nível de qualidade da gestão de medicamentos nos hospitais públicos. Para o setor de almoxarifado, selecionaram dentre os principais: medicamentos que mais sofrem rupturas de estoque, perdas por dano físico, perdas por desvio e perdas por validade. Para o setor de compras, utilizaram os seguintes: emprego da classificação ABC e/ou XYZ para definição de prioridades de compra, análise de preços de produtos comprados, análise de competitividade por fornecedor e solicitação de parecer técnico sobre a compra de medicamentos.

Em relação à unidade registrada, nesta pesquisa, como adesão dos hospitais ao Banco de Preços em Saúde (BPS), o Ministério da Saúde (MS) enfatizou esta necessidade a fim de auxiliar à organização na gestão dos recursos financeiros, no controle dos estoques de medicamentos e produtos para a saúde, ajudando a decidir sobre o momento mais adequado para adquirir novos itens.

O BPS é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza por meio da internet os preços de medicamentos e produtos para a saúde, que são adquiridos pelas instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições e representam os valores pagos no momento da compra daqueles bens.

Os objetivos do BPS são: atuar como mecanismo de acompanhamento do comportamento dos preços no mercado de medicamentos e produtos para saúde; aumentar as possibilidades de acesso dos órgãos e entidades compradores aos fornecedores desses bens; fornecer subsídios ao administrador público que auxiliem na tomada de decisão e proporcionem maior disponibilidade desses bens à totalidade da população brasileira; contribuir para aumentar a transparência e a visibilidade no que se refere à utilização dos recursos do Sistema Único de Saúde para a aquisição de medicamentos e produtos para saúde e; contribuir para o controle social, pela disponibilização e facilitação do acesso da população às informações do BPS disponibilizadas na internet (BRASIL, 2009).

Finalmente, o Tribunal de Contas da União (TCU) também corroborou neste processo, mediante expedição do Acórdão TC nº 1457-2009, através do qual especificou medidas para o fortalecimento do BPS, visando maior transparência dos gastos públicos com medicamentos e uma avaliação mais precisa dos valores de mercado dos fármacos para os clientes governamentais. Para isso, o TCU propôs que todas as compras realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) fossem registradas no BPS, conforme especifica a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS nº 01/02) - Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar.

7.5 Questões externas

Embora o presente estudo não tenha objetivado, em princípio, abordar as questões externas, mas sim focar na própria instituição, não se pôde desprezar os achados da pesquisa que apontaram para a forte influência exercida pelos problemas sistêmicos na *performance* das organizações hospitalares.

Gurgel Jr. e Vieira (2002), em estudo sobre qualidade total e administração hospitalar, apontaram que as medidas intra-organizacionais têm tido baixo impacto sobre os custos do setor saúde, o que determina um alcance limitado dos programas neste sentido, quando não se observa o modelo de atenção como um todo. A superação destes problemas no sistema de saúde exige, sem dúvida, uma abordagem mais complexa em termos de política de saúde.

O tema Questões Externas incluiu todas as unidades registradas durante a pesquisa, as quais não se encontravam sob a responsabilidade direta da organização hospitalar, mas que influenciam no desempenho desta, como:

- Rede complementar do SUS;
- Transferência de pacientes para a rede pública e/ou conveniada de saúde;
- Leitos de Terapia Intensiva disponíveis no Estado;
- Quantitativo de profissionais por especialidade no Estado; e
- Tempo de espera para realização dos exames fora do hospital.

Essas unidades de registro se revelaram, portanto, como causas externas ao hospital, referentes às carências estruturais de um sistema de saúde que funciona de forma deficiente e, cujos problemas não se resolvem por dentro dessas instituições. Essas questões são de extrema importância e necessitam ser analisados nas auditorias realizadas pelo TCE.

As questões acima referidas já foram abordadas em outros trabalhos. Juliani e Ciampone (1999) apontaram a grande dificuldade das unidades no encaminhamento dos casos mais complexos e de exames de alto custo, tendo observado que este problema é ampliado proporcionalmente à maior complexidade.

Outro aspecto importante apontado pelos autores foi que o sucesso e a agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que de um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as vias formais de acesso não funcionam adequadamente.

Em 2009, o TCE/PE corroborou com os autores acima quando, em auditoria especial realizada no HR, constatou que a demora para a realização das Ressonâncias Magnéticas, Arteriografias e Angiografias fora do hospital contribuíram para a elevação dos custos hospitalares, aumento do tempo médio de permanência e da taxa de ocupação hospitalar e redução do índice de renovação de leitos.

A centralização das marcações em determinadas clínicas, assim como o não acompanhamento sistemático, pela gestão, do tempo de espera foram as principais causas apontadas durante a fiscalização (PERNAMBUCO, 2009).

O'Dwyer, Matta e Pepe (2008) afirmaram que além da dificuldade de absorção pelo próprio hospital do atendimento gerado na emergência, existe pouca conexão entre esse atendimento e o seguimento possível na rede. O serviço de emergência, por suas características, acaba fazendo o papel de reguladora do sistema, ou seja, depósito dos problemas não resolvidos.

Nesta pesquisa, durante o período de observação participante em grande hospital da rede pública estadual, ficaram evidentes os desentendimentos dos gestores hospitalares com a Central de Regulação de Leitos do Estado, assim como com grande parte dos municípios, por prestarem uma assistência de baixa resolutividade.

Em relação aos leitos de terapia intensiva, estudos realizados por Ide e Chaves (1989) e por Kimura e Miyadahira (1991) constataram grande diversidade

entre as UTI no que diz respeito aos recursos de que dispõem, incluindo o ambiente físico, os recursos humanos e materiais e as condições estruturais que podem influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada nestas Unidades.

Finalmente, o Ministério da Saúde apontou as dificuldades históricas relativas à área de terapia intensiva: superlotação dos prontos-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semi-críticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados e, ainda, processo assistencial (padronização, acompanhamento e avaliação das ações) sem a devida incorporação à prática cotidiana nessas unidades (BRASIL, 2003).

8 Conclusão

8 CONCLUSÃO

Após a análise e discussão dos resultados, pôde-se concluir que o estudo levantou diretrizes que orientam um processo amplo de auditoria que pode ser utilizado para guiar a equipe de auditores da saúde de um órgão de controle externo com o perfil do Tribunal de Contas de Pernambuco.

O estudo conseguiu assim cumprir o objetivo geral e objetivos específicos propostos, a partir da classificação dos dados coletados em unidades de registro e posterior agrupamento destas em cinco categorias: Gestão, Recursos humanos, Compras, Emergência e Questões externas. Estas áreas temáticas, por sua vez, consideradas prioritárias e relevantes pelas evidências coletadas, orientaram a formulação das diretrizes para a sistematização dos trabalhos de auditoria naquelas instituições.

A área temática Gestão foi subdividida em duas subáreas: desempenho hospitalar e gestão administrativo-financeira. A primeira englobou as seguintes diretrizes relacionadas à natureza das auditorias realizadas pelo TCE/PE: utilização sistemática de indicadores de desempenho e informes estatísticos; avaliação e monitoramento dos serviços; capacitação da direção e da gestão hospitalar; e elaboração de planejamento estratégico e contrato de gestão.

A subárea gestão administrativo-financeira, por sua vez, agrupou: controle de custos hospitalares e das receitas e despesas; hospitais como unidades gestoras e executoras das despesas; repasse de recursos financeiros; e capacitação profissional para o sistema financeiro de informações.

A categoria Recursos Humanos abrangeu - como unidades de registro mais relevantes para a atuação do Tribunal de Contas - dimensionamento do quadro funcional; utilização do indicador Taxa de absenteísmo; instrumento de controle da carga horária dos profissionais; condições de trabalho; monitoramento dos padrões de atuação dos profissionais médicos; capacitação profissional; e participação dos profissionais na melhoria de desempenho do hospital e nas avaliações da prática do exercício profissional.

A área temática Emergência englobou as seguintes principais diretrizes: demanda de pacientes; perfil de atendimento; classificação de risco; condições

estruturais e/ou operacionais; tempo de espera para a realização dos exames; e transferência para as clínicas (enfermarias).

A categoria Compras registrou diversas unidades, que foram consolidadas e constituíram as diretrizes a seguir: planejamento na aquisição de equipamentos, medicamentos e insumos; aquisição regular e econômica dos materiais médico-hospitalares; adoção de sistema de gestão de materiais e suprimentos; e adesão aos Bancos de Preços em Saúde.

Por fim, embora não tenha sido objetivo inicial da pesquisa abordar as Questões externas, mas sim focar na própria instituição, não se pôde desprezar as unidades registradas dentro desta categoria, e que apontaram para a forte influência que os problemas sistêmicos exercem na *performance* das organizações hospitalares. Elas se referem às carências estruturais de um sistema de saúde que funciona de forma deficiente e, cujos problemas não se resolvem por dentro dessas instituições.

Questões Externas incluiu as unidades registradas, que não se encontravam sob a responsabilidade direta da organização hospitalar, mas que interferem no desempenho destas, como: rede complementar do SUS; transferência de pacientes para a rede pública e/ou conveniada de saúde; leitos de Terapia Intensiva disponíveis no Estado; quantitativo de profissionais por especialidade no Estado; e tempo de espera para realização dos exames fora do hospital.

Acredita-se que esta pesquisa contribua para uma atuação mais efetiva do TCE/PE na fiscalização dos grandes hospitais públicos, a partir do conhecimento das principais diretrizes definidas dentro das cinco áreas temáticas (categorias) consideradas prioritárias para a atuação do Tribunal nessas organizações. As fiscalizações que, até então, eram realizadas com base nas experiências profissionais e habilidades pessoais de cada um dos membros da equipe de saúde, passam a ser respaldadas pelo conhecimento científico.

A contribuição que este estudo deixa para a saúde pública de Pernambuco é a tentativa de fortalecimento do uso racional dos recursos destinados à saúde, em benefício da população, além de servir de subsídio no processo de melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS, nos grandes hospitais públicos.

Para a autora, os resultados deste estudo contribuíram para o melhor conhecimento acerca da realidade dos grandes hospitais públicos, o que respaldará

a partir de então, as auditorias a serem realizadas. Com base neste trabalho, poderão se desenvolver e aperfeiçoados procedimentos voltados à análise das diretrizes definidas, permitindo sistematizar as fiscalizações exercidas pelo Tribunal de Contas de Pernambuco.

Além disso, a pesquisa foi importante para complementar a formação profissional da autora e a certificará na condição de mestre em saúde pública especialista em gestão, permitindo a orientação de novos estudos e possivelmente uma formação no futuro em nível de doutorado.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método em ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Thonson, 1999.
- BARBOSA, P. R. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 47, v. 120, n. 2, maio/ago. 1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARTHOLOMEW, K.; HENDERSON, A. J. Z.; MÁRCIA, J. E. Coding semistructured interviews in social psychology research. In: REIS, H. T.; JUDD, C. M. (Org.). **Handbook of research methods in social and personality psychology**. Cambridge: Cambridge University, 2000.
- BERWICK, D. M. Sintomas do stress no sistema de serviços de saúde. In: _____. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994. p. 1-13.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 16 jan. 2009.
- _____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 fev. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **GESTHOS Gestão Hospitalar: Capacitação a Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde: Módulo III: Gestão de Recursos nas Organizações de Saúde**. Brasília, DF, 2002.

_____. **Política para a Área de Terapia Intensiva.** Brasília, DF, 2003.

_____. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira.** Brasília, DF, 2004.

_____. **Banco de Preços em Saúde.** Brasília, DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=939. Acesso em: 20 abr. 2009.

_____. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Síntese de relatório.** Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br>. Acesso em: 14 abr. 2010.

CALEMAN, G.; MOREIRA, M. L.; SANCHEZ, M. C. **Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 5).

CHAVES, F. E. C. **Controle Externo da Gestão Pública:** a fiscalização pelo Legislativo e pelos Tribunais de Contas. Niterói: Impetus, 2007.

CHERMAN, B. Auditoria Governamental. In: _____. **Auditoria:** teoria e exercícios. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2005. cap. 10, p. 158-259.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Manual de padrões de acreditação hospitalar.** Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997. p. 29-48.

_____. **Saber preparar a pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. Cenários e perspectivas do setor saúde: o Brasil e o mundo. In: _____. **Hospital:** acreditação e gestão em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 1.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de Recursos Financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 12).

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Michigan, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

_____. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Michigan: Health Administration, 1980.

DUSSAULT, G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

EISMAN, L. B.; BRAVO, P. C.; PINA, F. H. **Métodos de investigación em psicopedagogia**. Madri: McGraw-Hill, 1997.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Estudo Nacional sobre Hospitais Filantrópicos**. Brasília, DF, 2002.

FERREIRA, B. W. **Análise de conteúdo**. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.ulbra.br/psicologia/psi-dicas-art.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

FLICK, U. **Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften**. Reinbek: Rowohlt, 1995.

_____. Entrevista episódica. In: BAUER, M. W.; e GASKELL G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002.

FONSECA Jr., W. C. Análise de conteúdo. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAUJO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, set. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2009.

FURTADO, B. M. A. S. M. **O trabalho do enfermeiro em emergência:** representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho: o caso do Hospital da Restauração. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GARCÍA, R. E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. **Revista médica de Chile**, Santiago, v. 129, n. 7, jul. 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. In: BAUER, M. W.; e GASKELL G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, A. M. B. **A Trajetória dos Tribunais de Contas:** estudos sobre a evolução do controle externo da administração pública. Salvador: Tribunal de Contas do Estado da Bahia, 2002.

GURGEL Jr., G. D.; MEDEIROS, K. R. de. Conflito e resistência à mudança no setor de saúde: uma análise dos determinantes estruturais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 37-44.

GURGEL Jr., G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, jun. 2002.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. A distribuição geo-política das unidades de terapia intensiva no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, v.23, n.3, p. 193-204, 1989.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; e GASKELL G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002.

JULIANI, C. M. C. M; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, v. 33, n. 4, p. 323-33. 1999.

JUND, S. Modalidades de Auditoria. In: _____. **Auditoria: conceitos, normas, técnicas e procedimentos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. cap.1, p. 113-116.

KIMURA, M.; MIYADAHIRA, A. M. K. Aspectos da assistência hospitalar no Município de São Paulo - a situação da assistência intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, v. 25, n. 1, p. 61-72. 1991.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: a busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1990.

_____. **Metodologia Científica**: 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LIMA, M.A.D. da S. *et al*. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, 1999. Número especial.

MACHADO, M. H. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, n. 14, ago. 1996.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul./ago. 2007.

MALIK, A. M. **Gestão de Recursos Humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 9).

_____. Quem é o responsável pela qualidade da saúde? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 351-64, mar./abr. 2005.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 3).

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set. 2001.

MARANHÃO, J. Origem, importância e competência do Tribunal de Contas: A Constituição de 1988 e o Tribunal de Contas. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**, Recife, n. 2, p. 219-235.1990.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de Administração pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 823-47, jul./ago. 2005.

MEDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA S. F., VIANNA S. M. (Org.). **Economia da saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995. cap. 2, p. 23-68.

MELLO, C. A. B. Funções dos Tribunais de Contas. **Revista de Direito Público**, São Paulo, n. 72, p. 136, 1984.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Manual do programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)**. Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004b.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

NAVARRO, P.; DÍAZ, C. Análisis de contenido. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. (Org.). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Síntesis, 1999.

NORONHA, A. G. G. M.; BORGES, D. F. Qualidade da gestão de medicamentos em hospitais públicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 895-912, jul./ago. 2005.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (Brasil). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, DF, 2006.

PASCOAL, V. F. Regras Constitucionais sobre o Controle Externo. In: _____. **Direito financeiro e controle externo: teoria, jurisprudência e 370 questões (atualizado de acordo com a lei de responsabilidade fiscal – LRF)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 120-167.

PATERNO, D. **A Administração de Materiais no Hospital**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1990.

PERNAMBUCO. **Lei n.º 12.388, de 17 de junho de 2003**. Cria cargos no quadro de pessoal do Tribunal de Contas do Estado e dá outras providências. Disponível em: http://legis.alepe.pe.gov.br/pdftexto/LE12388_2003.pdf. Acesso em: 20 abr. 2008.

_____. **Lei n.º 12.600, de 15 de julho de 2004.** Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/pdftexto/LE12600_2004.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2009.

_____. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. *Decisão T. C. nº 0903/08*. Auditoria Especial do Fundo Estadual de Saúde - Processo T. C. nº 0800986-7. Busca Textual. 2008. Recife, 2008.

_____. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. *Relatório de Auditoria Especial do Fundo Estadual de Saúde *- Processo nº 0807438-0. Recife, 2009.

PÉREZ, A. S. M.; NAVARRETE, M. L. V. Tema 3: Técnicas cualitativas aplicadas em salud. In: NAVARRETE, M. L. V. *et al.* **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas em salud.** Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2006. p. 53-81.

PIRES, P. da S. **Estudo da trajetória interna de pacientes em unidade de emergência hospitalar.** 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

RAUEN, F. J. **Elementos de iniciação à pesquisa.** Rio do Sul, SC: Nova Era. 1999.

SANTA CATARINA. Ministério Público. **Inquérito Civil Público.** Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal_impressao.asp?campo=4327&conteudo=fixo_detalhe_lista_tabela>. Acesso em: 15 abr. 2010.

SANTANA, J. P. de (Org.). **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, 1997.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações.** 2006. Disponível em: <<http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2009.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde,** Brasília, v. 5, n. 18, jan./mar. 2003.
SELIGMAN *et al.* Fatores de retardo no atendimento de pacientes internados no serviço de medicina interna do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: um estudo observacional. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 46-54, abr. 2006.

SLACK, N. **Administração da Produção**. São Paulo: Atlas, 1999.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**: la busque de significados. Barcelona: Paidós, 1996.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, ago. 2007.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos de Serviços de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 12).

VUORI, H. Research needs in quality assurance. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 1, p. 147-159. 1989. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/1/2-3/147>. Acesso em: 13 jun. 2009.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Apêndices

Apêndice A - Roteiro para entrevista com membro do TCE/PE**ROTEIRO para entrevista com membro do TCE/PE**

Pesquisa: Auditoria dos hospitais públicos estaduais: diretrizes para uma fiscalização sistemática pelo Tribunal de Contas de Pernambuco

Nome do entrevistado:

Cargo:

Formação:

Tempo de atuação:

1. Quais os motivos que levaram o TCE/PE a incorporar auditores de saúde no seu quadro de pessoal?
2. Quais devem ser os principais focos das fiscalizações realizadas nas organizações hospitalares?
3. Que princípios da Administração Pública devem ser considerados os mais relevantes nas auditorias realizadas no âmbito dos hospitais públicos?
4. Quais são as principais deficiências da gestão pública hospitalar?
5. Que contribuição o TCE pode dar à sociedade através destas auditorias?
6. Que tipo de recomendação o TCE pode fazer aos hospitais para tentar solucionar os seus principais problemas?

Apêndice B - Roteiro para entrevista com gestor da saúde**ROTEIRO para entrevista com gestor da saúde**

Pesquisa: Auditoria dos hospitais públicos estaduais: diretrizes para uma fiscalização sistemática pelo Tribunal de Contas de Pernambuco

Nome do entrevistado:

Cargo:

Formação:

Tempo de atuação:

1. Quais as áreas e/ou serviços críticos do hospital?
2. Se e como são monitorados os indicadores de desempenho hospitalar em favor da gestão?
3. Quais são as ferramentas utilizadas pela gestão para a tomada de decisão dentro da organização?
4. Quais as principais deficiências do controle interno?
5. Quais as principais dificuldades encontradas na gestão do hospital, quanto à: relação com a Secretaria Estadual de Saúde, execução orçamentária e recursos humanos?
6. O que o hospital propõe para equacionar a situação atual encontrada?

Apêndice C - Termo de Consentimento livre e Esclarecido.

TERMO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA MEMBRO DO TCE/PE

Instituição: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Título do projeto: AUDITORIA DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS: DIRETRIZES PARA UMA FISCALIZAÇÃO SISTEMÁTICA PELO TRIBUNAL DE CONTAS DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Karina de Oliveira Andrade Marques

O propósito desta pesquisa é o desenvolvimento de um instrumento de auditoria para subsidiar o Tribunal de Contas de Pernambuco na fiscalização dos hospitais públicos geridos pela Secretaria Estadual de Saúde, de forma a conferir maior efetividade às ações desenvolvidas pelo TCE na área da saúde pública.

Será realizado, no primeiro momento, estudo com base em observação sistemática no Hospital da Restauração e, na fase posterior, um estudo sobre os princípios e parâmetros para elaboração do instrumento de auditoria com base em análise documental, extensiva revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas com gestores do SUS e membros do TCE/PE.

Os dados coletados por meio das entrevistas com membros do TCE/PE ajudarão na seleção de procedimentos de auditoria e indicadores mais relevantes para a fiscalização dos hospitais públicos.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar as autoridades a melhorar o SUS. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para ser analisado pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde no Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada.

Os riscos relacionados com a sua participação na pesquisa podem ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. Os resultados desta pesquisa serão divulgados apenas em meios de publicação científica, sem expor o nome das pessoas.



Este projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

Endereços e telefones para contatos futuros:

- Karina Marques. Tribunal de Contas do Estado. Rua da Aurora, S/N - Santo Amaro. Recife/PE. Fone: 31817720/31817718. E-mail: karina@tce.pe.gov.br
- Garibaldi Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012500.

Este Termo de Consentimento, em duas vias, é para certificar que eu,

RG nº: _____ concordo em participar voluntariamente da pesquisa mencionada, fornecendo todos os dados que me são permitidos e estando ciente dos meus direitos acima relacionados.

Uma dessas vias será retida por mim e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Data: ____/____/ 2009

Nome: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Pesquisador: Karina de Oliveira Andrade Marques.

Assinatura do Pesquisador: _____

Apêndice D - Termo de Consentimento livre e Esclarecido.

TERMO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA GESTOR DA SAÚDE

Instituição: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Título do projeto: AUDITORIA DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS: DIRETRIZES PARA UMA FISCALIZAÇÃO SISTEMÁTICA PELO TRIBUNAL DE CONTAS DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Karina de Oliveira Andrade Marques

O propósito desta pesquisa é o desenvolvimento de um instrumento de auditoria para subsidiar o Tribunal de Contas de Pernambuco na fiscalização dos hospitais públicos geridos pela Secretaria Estadual de Saúde, de forma a conferir maior efetividade às ações desenvolvidas pelo TCE na área da saúde pública.

Será realizado, no primeiro momento, estudo com base em observação sistemática no Hospital da Restauração e, na fase posterior, um estudo sobre os princípios e parâmetros para elaboração do instrumento de auditoria com base em análise documental, extensiva revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas com gestores do SUS e membros do TCE/PE.

Os dados coletados por meio das entrevistas com gestores da saúde ajudarão na seleção de procedimentos de auditoria e indicadores mais relevantes para a fiscalização dos hospitais públicos.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar as autoridades a melhorar o SUS. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para ser analisado pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde no Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada.

Os riscos relacionados com a sua participação na pesquisa podem ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. Os resultados desta pesquisa serão divulgados apenas em meios de publicação científica, sem expor o nome das pessoas.



Este projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

Endereços e telefones para contatos futuros:

- Karina Marques. Tribunal de Contas do Estado. Rua da Aurora, S/N - Santo Amaro. Recife/PE. Fone: 31817720/31817718. E-mail: karina@tce.pe.gov.br
- Garibaldi Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012500.

Este Termo de Consentimento, em duas vias, é para certificar que eu,

RG nº: _____ concordo em participar voluntariamente da pesquisa mencionada, fornecendo todos os dados que me são permitidos e estando ciente dos meus direitos acima relacionados.

Uma dessas vias será retida por mim e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Data: ____/____/ 2009

Nome: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Pesquisador: Karina de Oliveira Andrade Marques.

Assinatura do Pesquisador: _____