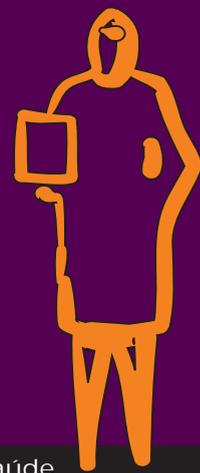


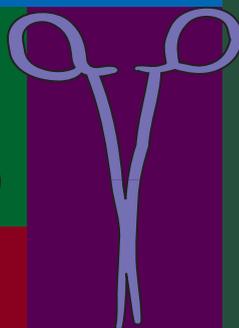
Saúde & Cidadania



Para gestores municipais de serviços de saúde



Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde

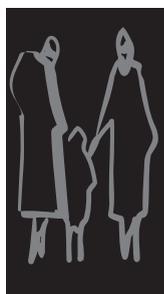


Ana Maria Malik
Laura Maria Cesar Schiesari

QUALIDADE NA GESTÃO LOCAL
DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE

PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

QUALIDADE NA GESTÃO
LOCAL DE SERVIÇOS E
AÇÕES DE SAÚDE



Ana Maria Malik
Laura Maria Cesar Schiesari

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE - IDS
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR - NAMH/FSP - USP
BANCO ITAÚ

SÃO PAULO
1998

Copyright © 1998 by Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo

Coordenação do Projeto

Gonzalo Vecina Neto, Valéria Terra, Raul Cutait
e Luiz Eduardo C. Junqueira Machado

Produção editorial e gráfica



Editora Fundação Peirópolis Ltda.
Rua Girassol, 128 – Vila Madalena
São Paulo – SP 05433-000
Tel: (011) 816-0699 e Fax: (011) 816-6718
e-mail: peiropol@sysnetway.com.br

Projeto gráfico e editoração eletrônica
AGWM Artes Gráficas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Malik, Ana Maria

Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3 / Ana Maria Malik, Laura Maria Cesar Schiesari. – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania)

Realizadores: "Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú".

1. Municípios – Governo e administração – Brasil 2. Serviços de saúde – Administração – Brasil 3. Serviços de saúde – Avaliação 4. Serviços de saúde – Controle de qualidade I. Schiesari, Laura Maria Cesar. II. Título. III. Série.

98-4495

CDD-362.1068

Índices para catálogo sistemático:

1. Administração da qualidade : Serviços de saúde : Bem-estar social 362.1068
2. Serviços de saúde : Qualidade : Administração : Bem-estar social 362.1068

Tiragem

3.000 exemplares

É autorizada a reprodução total ou parcial
deste livro, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita

IDS – Rua Barata Ribeiro, 483 – 6º andar
01308-000 – São Paulo – SP
e-mail: ids-saude@uol.com.br

FSP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – 1º andar – Administração Hospitalar
01246-904 – São Paulo – SP
Tel: (011) 852-4322 e Fax: (011) 282-9659
e-mail: admhosp@edu.usp.br

Banco Itaú – PROAC – Programa de Apoio Comunitário
Rua Boa Vista, 176 – 2º andar – Corpo I
01014-919 – São Paulo – SP
Fax: (011) 237-2109

REALIZAÇÃO



INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO
DA SAÚDE

Presidente: Prof. Dr. Raul Cutait



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FSP/USP

Diretor: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR – NAMH/FSP
Coordenador: Prof. Gonzalo Vecina Neto



BANCO ITAÚ S.A.

Diretor Presidente: Dr. Roberto Egydio Setubal

APOIO



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às equipes das secretarias da Saúde dos cinco municípios que participaram dos módulos de treinamento, que, através da troca de experiências e sugestões – incorporadas neste manual –, enriqueceram sobremaneira o seu conteúdo:

DIADEMA

Agrimeron Cavalcante da Costa
Felomena Elizete Fernandes
Marco Colli

FORTALEZA

Maria Helena Alencar de Andrade
Regina Célia de Alencar Ribeiro

VOLTA REDONDA

Auxiliadora Tavares Vieira
Crelúzia Gratalval de Aguiar
Elizete Pacheco de Souza
Maria Cristina Guedes Baylão
Marina Fátima de Oliveira Marinho
Paula Hérica Rocha de Azevedo

FOZ DO IGUAÇU

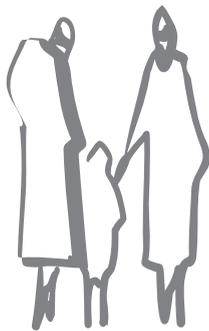
Aparecida Maria Steinmacher
Dilson Paulo Alves
Luiz de Oliveira
Márcia Regina Bittencourt
Marli de Souza Bernardes
Marli Teixeira
Romildo Mousinho Ferreira
Sadi Buzanelo

BETIM

José Luiz Rodrigues

Agradecimentos dos autores

Ao Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar, pela permissão da inclusão do “Manual de Acreditação Hospitalar”.
Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela autorização para a reprodução do material de Metodologia para o Estudo e Análise de Problemas, elaborado pelo Programa de Gestão da Qualidade. Ao Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, pelo uso do exemplo de ferramentas da qualidade.



PREFÁCIO

Este conjunto de manuais para o projeto *Saúde & Cidadania* se insere no trabalho iniciado há cinco anos pelo Banco Itaú com a criação do Programa de Apoio Comunitário (PROAC). Voltado desde a origem para programas de educação básica e saúde, o PROAC tem desenvolvido dezenas de projetos de sucesso. Um dos melhores exemplos é o *Raízes e Asas*, elaborado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec). Com iniciativas como essa, o Programa de Apoio Comunitário tem recebido diversas manifestações de reconhecimento e premiações.

Os resultados positivos obtidos com os programas já implantados levam agora o Itaú a viabilizar este projeto dirigido às necessidades detectadas na área de saúde. O projeto *Saúde & Cidadania* resulta da honrosa parceria do Banco Itaú, do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e do Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP). A meta agora é divulgar para os municípios brasileiros o conhecimento e as experiências acumuladas por especialistas na área da saúde pública, que participaram da elaboração destes manuais, bem como os resultados advindos da sua utilização na fase de teste em cinco municípios. Por meio deles pretende-se aperfeiçoar a atuação dos gestores municipais

de serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida das comunidades a partir de noções básicas de gestão da saúde. Nos manuais, os gestores da saúde encontrarão fundamentos sobre planejamento em saúde, qualidade na gestão local de saúde pública, vigilância sanitária, gestão financeira, gerenciamento de equipamentos hospitalares, gestão de medicamentos e materiais, entre outros.

O trabalho de divulgação do que pode ser considerado um dos pilares da saúde pública – a viabilização da otimização dos recursos disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população – contará com o apoio da rede de agências do Itaú que, sempre sintonizadas com as necessidades locais, poderão ajudar a divulgar o material elaborado pelo projeto.

A intenção deste programa, vale frisar, será sempre aumentar a eficácia da ação dos gestores municipais da saúde quanto às melhores maneiras de aproveitar ao máximo todos os recursos que estiverem efetivamente ao seu alcance, por mais limitados que possam parecer. Os beneficiários deste trabalho serão as populações das cidades mais carentes, e o Brasil em última análise, por meio da disseminação de técnicas e experiências de última geração.

O Banco Itaú, no seu papel de empresa-cidadã e socialmente responsável, acredita que assim estará contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a construção de uma sociedade mais justa.

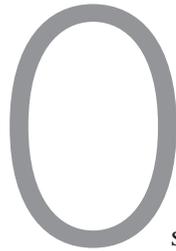
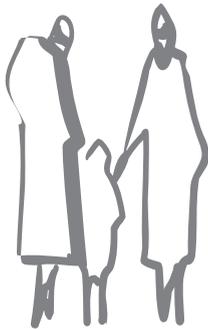


ROBERTO EGYDIO SETUBAL
Diretor Presidente



Banco Itaú S.A.

APRESENTAÇÃO



O setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Os Manuais para Gestores Municipais de Serviço de Saúde foram elaborados com a finalidade de servir como ferramenta para a modernização das práticas administrativas e gerenciais do SUS, em especial para municípios. Redigidos por profissionais experientes, foram posteriormente avaliados em programas de treinamento oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP aos participantes das cidades-piloto.

Este material é colocado agora à disposição dos responsáveis pelos serviços de saúde em nível municipal.

Daqui para a frente, esforços conjuntos deverão ser multiplicados para que os municípios interessados tenham acesso não apenas aos manuais, mas também à sua metodologia de implantação. Mais ainda, a proposta é que os resultados deste projeto possam ser avaliados de maneira a, no futuro, nortear decisões técnicas e políticas relativas ao SUS.

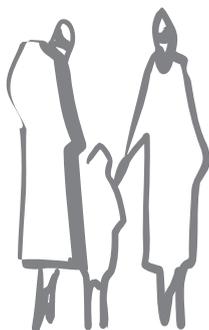
A criação destes manuais faz parte do projeto *Saúde & Cidadania* e é fruto dos esforços de três instituições que têm em comum a crença de que a melhoria das condições sociais do país passa pela participação ativa da sociedade civil: o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), que é uma organização não-governamental, de caráter apartidário, e que congrega indivíduos não só da área da saúde, mas também ligados a outras atividades, que se propõem a dar sua contribuição para a saúde; o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), que conta com a participação de experiente grupo da academia ligado à gestão e administração; e o Banco Itaú, que, ao acreditar que a vocação social faz parte da vocação empresarial, apóia programas de ampla repercussão social. O apoio oferecido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a possibilidade de êxito dessa proposta.

O sentimento dos que até o momento participaram deste projeto é de entusiasmo, acoplado à satisfação profissional e ao espírito de participação social, num legítimo exercício de cidadania. A todos os nossos profundos agradecimentos, extensivos à Editora Fundação Peirópolis, que se mostrou uma digna parceira deste projeto.



RAUL CUTAIT
Presidente

NOTAS EXPLICATIVAS



UM POUCO DE HISTÓRIA

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde,

com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel –, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

No entanto, um conjunto de fatores – como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos

crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros – tem se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes. Tudo isso redundando em uma sensação de inviabilidade do SUS, apesar de o caminho ser unanimemente considerado como correto.

Existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminação positiva, é o caminho para superar as causas que colocam o SUS em xeque.

Assim, é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Dessa forma, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gerente de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação.

Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social.

Sob essa lógica, deve-se pensar também na necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia.

Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

É esse um dos grandes desafios a serem enfrentados.

O PROJETO *SAÚDE & CIDADANIA*

A partir da constatação da necessidade de formar gerentes para o nível municipal, um conjunto de instituições articulou-se para desenvolver uma estratégia que pudesse dar uma resposta ao desafio.

Assim, o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), com o apoio político do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde, com o apoio financeiro do Banco Itaú, desenvolveram este projeto com os seguintes objetivos:

- Apoiar, com fundamento em ações, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Criar uma metodologia e organizar um conjunto de conhecimentos que possam ser aplicados amplamente no desenvolvimento de capacitação gerencial em gestão de ações e serviços de saúde prestados em municípios com mais de 50.000 habitantes.
- Colocar à disposição dos municípios brasileiros um conjunto de manuais dedicados à gestão local de serviços de saúde, tanto em forma de livros como em meio magnético e ainda por intermédio da Internet.
- Gerar a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade para interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor da saúde.

Mediante a organização e consolidação de um conjunto de conhecimentos já disponíveis, o projeto desenvolveu uma série de doze manuais que privilegia a área gerencial e que, além de reunir os conhecimentos existentes de cada tema específico, articula as experiências práticas de seus autores, gerando um produto final capaz de oferecer ao usuário um caminho para seu aprendizado de forma clara e acessível. Portanto, não se trata de um simples agrupamento de manuais e sim de um projeto educativo e de capacitação em serviço não tradicional, destinado a criar e fortalecer habilidades e conhecimentos gerenciais nos funcionários que ocupam postos de responsabilidade administrativa nos serviços locais de saúde.

Os manuais que compõem o projeto e seus respectivos autores são os seguintes:

1. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização* – Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Carlos Alberto Lisboa.
2. *Planejamento em Saúde* – Francisco Bernardini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios e José Henrique Germann Ferreira.
3. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde* – Ana Maria Malik e Laura Maria Cesar Schiesari.
4. *Gestão da Mudança Organizacional* – Marcos Kisil. Colaboração de Tânia Regina G. B. Pupo.
5. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde* – Gilson Caleman, Marizélia Leão Moreira e Maria Cecília Sanchez.
6. *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios* – André de Oliveira Carvalho e Maria Bernadete de Paula Eduardo.
7. *Vigilância em Saúde Pública* – Eliseu Alves Waldman. Colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa.
8. *Vigilância Sanitária* – Maria Bernadete de Paula Eduardo. Colaboração de Isaura Cristina Soares de Miranda.
9. *Gestão de Recursos Humanos* – Ana Maria Malik e José Carlos da Silva.
10. *Gestão de Recursos Financeiros* – Bernard François Couttolenc e Paola Zucchi.
11. *Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares* – Saide Jorge Calil e Marilda Solon Teixeira.
12. *Gestão de Recursos Materiais e Medicamentos* – Gonzalo Vecina Neto e Wilson Reinhardt Filho.

A METODOLOGIA UTILIZADA

Após a elaboração da primeira versão dos manuais, realizaram-se três módulos de treinamento com os cinco municípios indicados pelo CONASEMS (Diadema-SP, Betim-MG, Foz do Iguaçu-PR, Fortaleza-CE e Volta Redonda-RJ) com o objetivo de testá-los e expô-los à crítica.

A proposta de aplicação desenvolveu-se da seguinte forma:

- Módulo 1: apresentação pelo docente do material produzido e discussões em sala de aula, com a proposição de sua aplicação ao retornar para o campo.
- Módulo 2 (seis semanas após o primeiro): apresentação pelos alunos das dificuldades encontradas no campo e transformação da sala de aula em um espaço de consultoria e troca de experiências.
- Módulo 3 (seis semanas após o segundo): avaliação dos avanços obtidos, das limitações, dos conteúdos dos manuais e do processo como um todo.

Cada módulo de treinamento dos manuais 1, 2, 3 e 4 prolongou-se por quatro dias, contando com cerca de cinco participantes de cada município, de preferência do nível político-administrativo. Para os manuais operacionais (de 5 a 12), os treinamentos desenvolveram-se em módulos de três dias, com três participantes por município.

Na avaliação final, ficou claro que todo o processo foi extremamente positivo tanto para os participantes como para os autores, que puderam enriquecer os conteúdos dos manuais mediante a troca de experiências e a colaboração dos mais de cem profissionais que participaram dos seminários.

Também ficou evidenciado que, para o desenvolvimento futuro do projeto, o primeiro módulo (didático) é dispensável para o processo de aprendizado. Entretanto, é fundamental um momento de esclarecimento de dúvidas e de proposição de soluções para as dificuldades encontradas, principalmente se isso ocorrer em um espaço que permita troca de idéias com outras pessoas com experiências semelhantes.

O projeto *Saúde & Cidadania* propõe que, paralelamente ao uso dos manuais, seja utilizado o projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, para a capacitação de gerentes de unidades de baixa complexidade. O GERUS é um projeto desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde que pretende institucionalizar mudanças nos padrões de organização dos serviços, com o objetivo de adequá-los

à realidade de cada localidade ou região, e já está em uso em vários municípios do país.

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O material resultante do processo relatado pode ser utilizado diretamente pelas secretarias municipais da Saúde para a capacitação dos profissionais que ocupam postos de responsabilidade administrativa.

Eventualmente, a simples leitura dos manuais e a discussão entre seus pares poderão ser consideradas pelos gerentes como insuficientes para um melhor desempenho das atividades descritas, ou talvez haja a necessidade de um maior aprofundamento das questões levantadas. Nesse caso, o gestor municipal poderá solicitar ao Núcleo de Saúde Pública ligado à universidade mais próxima de seu município ou, se houver, à escola de formação da secretaria da Saúde de seu Estado, a realização de um período de treinamento (nos moldes do descrito no módulo 2), tendo como base o material oferecido pelo projeto *Saúde & Cidadania*. Como já foi mencionado, esse processo torna-se muito mais proveitoso quando possibilita a troca de experiências entre profissionais de diferentes municípios.

Uma outra proposta, ainda em fase de desenvolvimento, é a transformação dos manuais em hipertexto, tornando-os disponíveis em CD-ROM e em *site* na Internet, este último possibilitando inclusive a criação de *chats* para discussão de temas específicos e um diálogo direto com os autores.

Nesse entretempo, o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública deverá realizar reuniões com os núcleos de Saúde Coletiva que estiverem dispostos a formar monitores para o processo. Também poderá realizar treinamentos em municípios que os solicitarem. Para isso, devem entrar em contato com a Faculdade de Saúde Pública, por meio de carta, fax ou *e-mail*.

PERSPECTIVAS

A cultura organizacional do setor público brasileiro, em geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação.

O projeto *Saúde & Cidadania* oferece aos municípios um instrumental testado de formação de gerentes. O desafio agora é utilizá-lo, tendo sempre presente a perspectiva de que a transformação está em marcha e ainda há um longo caminho a ser percorrido no processo de implementação e viabilização do SUS.

GONZALO VECINA NETO

RAUL CUTAIT

VALÉRIA TERRA

Coordenadores do Projeto

SUMÁRIO

Avaliação	1
Qualidade: Questões Associadas	11
Avaliação e Administração da Qualidade.....	19
Aplicação das Idéias de Avaliação e Qualidade	29
Indicadores	45
Considerações finais	65
Anexos	69
Bibliografia	229
Os autores	233



AValiação

PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO

Qualquer discussão a respeito de qualidade traz, implícita ou explícita, a noção de avaliação. Trata-se de um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Ou seja, trata-se de determinar se um certo objeto, descrito e especificado, ao qual se apõe uma definição prévia sobre como deveria ser, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz. A descoberta de novos procedimentos, a geração de conhecimentos e o relacionamento entre partes têm mais a ver com o que se chama de “investigação”.

Esse tipo de julgamento aumenta sua legitimidade frente à explicitação dos critérios utilizados, uma vez que a avaliação não necessariamente deve ser partilhada por todos os que dela tomam conhecimento. Ter ciência dos critérios permite saber se o julgamento pode ou não ser considerado válido pelo observador. Apenas dizer “gosto” ou “não gosto” é emitir juízos de valor, caracterizando um julgamento, porém não uma avaliação.

A avaliação de determinado programa de saúde pode ser feita à luz da visibilidade por ele obtida, de quanto custou, da satisfação dos usuários, da mudança nos indicadores, de quem são seus “padrinhos”. Valorizar a satisfação dos usuários pode ser secundário frente à exposição na imprensa, dependendo de quem olha. A avaliação não é neutra: o avaliador influi na avaliação e o mesmo pode ser dito, com ainda maior peso, de quem a encomendou. No entanto, a mera apresentação do resultado da avaliação não permite saber o que foi valorizado. Por outro lado, apenas explicitar o critério não significa uma avaliação. Assim, *avaliação implica dizer o que está sob avaliação (ou que parte do todo), com que critérios, por quem, a pedido de quem e qual foi o resultado.*

Cada vez mais, com esse tipo de esclarecimento, deve ficar patente o que vem sendo escrito há anos, pelo menos na área de saúde: que se trata de um

processo, sem começo nem fim claramente identificados, que passa por diversos momentos. A emissão dos julgamentos é apenas um deles.

Faz parte dos momentos desse processo a definição do objeto: está sendo avaliado um programa, um projeto ou sua execução numa determinada unidade? Possivelmente a avaliação de um projeto de combate à desnutrição será feita de maneira diferente dependendo do município em que ocorrer. A existência de um banco de dados anterior já permite compreender a diferença das modalidades utilizadas, sem mencionar as pessoas envolvidas. Outra das características a considerar na identificação *a priori* das diferenças é o tempo de evolução do projeto: algo que vem há três gestões municipais deve ser analisado de maneira distinta de uma primeira idéia cuja implantação está sendo testada por uma equipe.

Por isso, um manual de avaliação pode definir grandes perguntas a fazer, mas não especificar os itens. Uma das grandes perguntas seria se o programa está ou não fazendo o que se espera dele. Nos diferentes municípios pode-se observar que as expectativas dos atores envolvidos (governantes, técnicos, população e outros) são diferentes.

Trata-se também de diferenciar entre o desempenho e o mérito de um projeto. Mais uma vez, combate à desnutrição parece a qualquer observador um programa altamente meritório, por definição. No entanto, os resultados obtidos, observando as mudanças nos indicadores, se o trabalho for realizado apenas pelo setor saúde, tendem a ser mais limitados do que se houver uma abordagem intersetorial, ligando geração de empregos, renda mínima, incentivo a hortas comunitárias, merenda escolar, educação familiar e comunitária e diversas outras alternativas.

Um projeto de alto mérito não necessariamente deve ter um desempenho ótimo. Pode-se dizer que ele se justifica por si próprio (o que, dependendo dos critérios utilizados, pode ser visto como verdadeiro ou não). Além disso, há áreas nas quais se trabalha com valores intrínsecos, e saúde é uma delas.

Para que e para quem serve a avaliação

O raciocínio mais comum a respeito de avaliação é o de que ela serve para descobrir, medir, analisar resultados, após concluído o objeto (projeto, curso, programa, atividade...). Em última instância, sua definição é vista como seu objetivo, o que significa confundir conceitos. Pode-se dizer que a avaliação serve basicamente para conhecer o objeto e para aprimorá-lo. Entre as respostas que se podem obter do processo existem análises comparativas: se aquilo que se está fazendo no momento da avaliação é melhor ou pior do que o que se fazia anteriormente (por exemplo, estrutura organizacional nova *versus* estrutura organizacional anterior) e estudos pontuais: esse projeto valeu ou não a pena (por exemplo, um projeto de investimento em obras contra enchentes).

Existem, nesse sentido, dois tipos de avaliação: um deles serve para partilhar informações com os envolvidos no projeto ou programa, de modo a que eles

saibam como está sendo feita a avaliação e quais os julgamentos que estão sendo atribuídos no decorrer da atividade. Certamente essa chamada *avaliação formativa* é contínua e participativa e pode se beneficiar do concurso dos envolvidos (o acompanhamento de um programa de atração de mulheres para realizarem o pré-natal, por exemplo, tende a ser mais eficaz quando feito com alta periodicidade, permitindo corrigir rumos antes de chegar à conclusão de que o programa foi um fracasso um ano depois de iniciado; com isso, os envolvidos podem se dar conta de quais das ações por eles executadas estão tendo os resultados esperados e quais não). Pode ocorrer a solicitação de um agente externo para coordenar os esforços da equipe interna de avaliação.

Outra modalidade de avaliação é aquela chamada *avaliação somativa*, mais comum e geralmente realizada ao final do projeto (ou ao final do prazo estipulado ou dos recursos disponíveis ou do cronograma estabelecido). Nesse caso, costuma ser esforço de um momento, com começo, meio e fim claramente estipulados, e encomendado a atores externos aos executores do objeto. No entanto, os avaliadores externos não podem prescindir de informações colhidas internamente à organização/ao projeto. É muito difícil avaliar a assistência oferecida por um hospital sem recorrer às informações produzidas e utilizadas por seus trabalhadores. No entanto, ainda há que considerar o fato de que qualquer fonte interna de informação deve ter esclarecido até que ponto ela pode ser levada em conta como fidedigna. Isso implica levantar possíveis conflitos de interesse ou vieses. Por exemplo, um funcionário da rede pública tenderá a ter apreciação diferente do que lá ocorre de acordo com alguns fatores, como se sua categoria profissional tem salário acima ou abaixo de mercado ou se corre risco de corte, ou ainda, se ele tem relação com a atual gestão ou se é da oposição.

Um problema comum a esse tipo de esforço é que não necessariamente o final do prazo ou do recurso significa o final do tempo de maturação do objeto. Assim, a avaliação somativa, idealmente finalista, quando feita com oportunidade questionável, vai se referir a resultados diferentes daqueles que se pretendia medir (redução de indicadores de mortalidade infantil ou de incidência de determinada enfermidade prevenível por vacina só podem ser observadas meses depois de findas as atividades desencadeadas em função desses indicadores; caso a liberação de novos recursos dependa da mudança dos valores, é preciso cuidado na hora de definir o momento da avaliação *ex-post*).

Ambos os tipos de avaliação não precisam representar, porém, processos tão separados. Um mesmo projeto pode ser avaliado com intuítos formativos e somativos, utilizando avaliadores internos e externos, em diferentes momentos institucionais. Trata-se de definir ou identificar (dependendo do *locus* institucional onde se esteja) o propósito que se está servindo e para o interesse de quem. Dessa forma, a cada momento os diferentes tomadores de decisão terão como decidir quanto a que programas, que projetos e que processos manter e quais alterar.

A avaliação cuja idéia se está tentando passar pode servir a diversos interessados: os *tomadores de decisão*, que podem decidir com mais informações re-

levantantes a respeito de suas questões; os *trabalhadores*, que podem melhorar o seu desempenho e o dos projetos nos quais estão envolvidos; os *financiadores*, que podem analisar se seus investimentos estão sendo apropriados; a *população*, que pode decidir se lhe agradam ou não os projetos em andamento. Enfim, a listagem pode e deve aumentar o grau de análise utilizado, pois cada uma das categorias acima descritas é muito sintética e abrange diversas subcategorias.

Uma questão a considerar é qual(is) dessa(s) categoria(s) se pretende de fato atender. Pode-se chegar a uma resposta a respeito do assunto descobrindo quais as fontes de critério utilizadas pelos avaliadores/responsáveis pelo desenho da avaliação. Esse tipo de informação não é colocado à disposição de forma rotineira. A prática também demonstra que não se pode esperar que os critérios sejam apresentados com tanta facilidade.

Critérios e fontes de critérios

Desde Donabedian fica claro na área de saúde que sempre se pode trabalhar com *critérios implícitos ou explícitos*. Limpeza da unidade básica de saúde deve ser levada ou não em conta quando se avalia uma atividade ali executada? Existe algo no *check-list* que permite à equipe avaliada saber que esse critério é valorizado? O tipo de papel usado num cartaz educativo - se ele mancha as mãos - faz ou não parte da avaliação da campanha de informação?

Há quem advogue avaliação relâmpago, de surpresa, que dificulte a preparação para o evento. Por outro lado, pode-se defender a explicitação de critérios para aumentar a probabilidade de que eles sejam perseguidos, se não atingidos, ao menos no dia em que a equipe de avaliação fizer uma visita. Quanto mais freqüentes as avaliações, quanto mais elas representarem um processo e não um evento único e heróico, maior a oportunidade de que as pessoas aprendam com elas e se preparem para novos hábitos e não apenas para uma sessão de maquiagem. Para isso, a explicitação de critérios parece um coadjuvante muito útil.

Afinal, o julgamento para o qual a avaliação conduz, além de não ser neutro, considera um processo de valoração, idealmente baseado em critérios adequados e aplicáveis ao objeto. Os critérios, associados à informação obtida confrontando-os à realidade observada, são uma das formas de chegar ao julgamento. Um teste de objetividade pode ser feito solicitando a uma série de observadores diferentes que analise a mesma realidade utilizando critérios semelhantes. Caso as avaliações sejam equivalentes, ou a avaliação foi objetiva ou o viés observacional dos avaliadores é o mesmo. Caso se solicite aos observadores que avaliem um único objeto, na melhor das hipóteses cada um deles dirá que critérios utilizou, antes de realizar o julgamento.

Um avaliador que se proponha utilizar metodologia reprodutível na sua prática, seguindo o método científico, deveria *buscar critérios e selecionar fontes* para sua obtenção. A *seleção de fontes é fruto, com freqüência, de um*

processo político que envolve negociação: ou o avaliador quer utilizar fontes que não necessariamente interessam ao solicitante da avaliação (ou seu objeto) ou o solicitante da avaliação tem interesse em algumas fontes específicas. Por exemplo, a quem interessa, na definição de uma nova política salarial, a opinião de um trabalhador a respeito de seus vencimentos? A quem interessa, no mesmo caso, a pesquisa de mercado? O sindicato dos empregados tende a defender um ponto de vista; o patronal valoriza outro. Por mais óbvia que seja essa colocação, quando da divulgação de pesquisas salariais ela não parece ser muito levada em conta.

As fontes de critérios potencialmente utilizáveis são inúmeras. As mais óbvias têm a ver com os diretamente interessados no objeto sob avaliação, que têm expectativas identificáveis com relação a ele: população usuária e financiadores. As formas pelas quais se trabalha com essas fontes de critérios, porém, são por vezes incompreensíveis. Um gestor de serviço de assistência médica pode dizer que sua experiência o capacita a dizer o que “a população” valoriza. Frequentemente os questionários de *avaliação pela clientela* são desenhados usando-se critérios definidos dessa maneira. Com isso, dificilmente as reais expectativas dos usuários daquele serviço específico são abordadas. Reconhece-se na área grandes temas, como visitas. A premissa é que paciente aprecia visitantes. Por vezes, porém, restrições nos horários de visita são desejadas pelos pacientes, não só pela equipe assistencial. Também há circunstâncias em que se defende a dignidade dos pacientes, advogando chamá-los pelo nome. Mas às vezes o paciente não gosta de seu próprio nome, usando apelido ou abreviatura. A única maneira de saber o que o paciente deseja/valoriza é perguntar-lhe, direta ou indiretamente.

Os *financiadores*, por sua vez, têm critérios diferentes dependendo de seus objetivos ao fornecerem algum recurso financeiro. O governo municipal, por exemplo, ao decidir priorizar um programa de informatização do sistema de materiais pode ter se interessado em diminuir o desperdício e aumentar o controle sobre o gasto, permitindo-lhe reduzir a quantidade de recursos colocados nessa rubrica. Se uma empresa de informática coloca recursos nesse mesmo programa, possivelmente tem como critério saber se aumentou sua visibilidade e, com isso, pode estabilizar ou ampliar sua fatia de mercado. Se um fornecedor investe no mesmo programa, ele pode estar interessado em otimizar os gastos da prefeitura, possivelmente aumentando sua probabilidade de ser remunerado pontualmente. Nesse caso, cada um dos financiadores pode ser uma fonte de critérios diferentes, apesar do importante interesse de cada um deles.

A *literatura científica* também pode ser considerada fonte de critérios, ainda mais entre trabalhadores de saúde, que idealmente se mantêm atualizados. Hoje em dia, com a disponibilidade de sistemas eletrônicos de acesso a bibliotecas, fica ainda mais fácil ter conhecimento dos últimos avanços e até da possibilidade ou não de eles serem tomados como metas ou apenas como lembretes de até onde seria possível chegar.

Não se deve desconsiderar os *trabalhadores* como fontes de critério, pois com frequência eles conhecem os limites do possível na unidade, se a produtividade máxima já foi atingida ou se a população não está respondendo satisfatoriamente por algum motivo. Sua experiência pode ser colocada a serviço da avaliação, principalmente se estiver sendo utilizado o enfoque formativo. Salvo raras exceções, os trabalhadores têm interesse em colaborar, principalmente caso se sintam valorizados e não apenas usados.

Parâmetros nacionais, estaduais, municipais e das unidades, e séries históricas mais ou menos longas também não devem ser desconsiderados, desde que se reveja periodicamente sua atualidade. Por exemplo, muitas das atividades das Unidades de Avaliação e Controle (UACs) ainda são baseadas na Portaria 3.046, do começo dos anos 80. A taxa de internação de 100 por 1.000 habitantes, válida até 1995, por exemplo, data dessa época. Se forem analisados dados nacionais, será possível verificar o quanto eles se deixaram influenciar por esse “parâmetro”, que, na verdade, era apenas o resultado de uma série histórica.

Princípios superiores, como leis e direitos humanos, também podem servir como critérios. O próprio princípio da ética – de primeiro não prejudicar – faz parte da retórica da saúde em seus princípios superiores. Há projetos que passam a ser feitos, independentemente de sua relação custo-benefício, por causa de sua imagem de salvar vidas. A compra de equipamentos, com frequência é justificada dessa maneira. O que é mais correto, sob o prisma da avaliação: definir critérios para acesso a determinado procedimento, deixando de fora uma parcela importante da população, abrir o acesso até o encerramento das vagas ou dar acesso a todos, com a conseqüente redução da qualidade? Uma resposta possível é dizer que depende do procedimento e de quem terá o acesso negado frente a critérios rígidos. Tomadores de decisão são confrontados diariamente com o dilema de escolher entre um programa de combate ao dengue e a distribuição de remédios para os cidadãos HIV positivos, assumindo que os recursos não são suficientes para ambos.

Histórias de sucesso, finalmente, são também balizadores de avaliações. Estruturas jurídico-administrativas, a rigor nas fimbrias da legalidade, passam a ser vistas como desejáveis pelos exemplos bem-sucedidos que fazem sua publicidade. O quanto de ilegalidade elas contêm, o tempo que elas levaram até ter sucesso, suas especificidades podem ser ou não considerados, desde que haja uma imagem a perseguir.

Como avaliar

Uma premissa para trabalhar com avaliação é ter clareza de que o processo não é nem pode ser objetivo, nem neutro, porque avaliadores são pessoas, bem como os definidores e selecionadores de fontes de critérios. Durante essa seleção, de maneira consciente ou não, faz-se necessário reconhecer aqueles que podem ser os eventuais favorecidos ou os prejudicados por uma avaliação positiva ou negativa de determinado objeto. Um processo primoroso de edu-

cação pode levar anos até ter seus efeitos traduzidos em indicadores, mas pode deixar clara mensalmente a dimensão da folha de pagamento. Assim, se os indicadores demorarem a se modificar (e a avaliação de resultados não for brilhante), o quadro de recursos humanos do projeto pode se ver diminuído como resultado de uma avaliação cujo critério era satisfazer a necessidade de reduzir quadro. Neste caso, a racionalidade por trás da avaliação é *administrativa*. Mas essa não é a única, nem a mais freqüente.

Dependendo do desenho de um projeto a ser avaliado, seu analista pode se dirigir diretamente ao *cumprimento dos objetivos*, sejam eles definidos como forem. No processo de educação pode ter sido definido como objetivo que 1.500 pessoas tivessem sido submetidas a ele. Em função da ênfase e do observador, 1.250 pessoas podem ser consideradas um fracasso ou um resultado a justificar e o mesmo pode ser dito de 2.000 pessoas. Na última situação é possível dizer que foram gastos mais recursos do que seria necessário; na anterior, que o dimensionamento foi errado; enfim, o objetivo e não seu processo, e muito menos os resultados, é o que importa.

Em determinadas circunstâncias a *expertise* é a categoria mais valorizada, ou seja, importa a maneira pela qual o processo é realizado. Aterros sanitários não são considerados ecologicamente corretos e, segundo alguns *experts* da área, são proscritos. A disponibilidade de outra tecnologia para tratamento de lixo é desconsiderada frente aos problemas ecológicos trazidos.

A polêmica a respeito da doação presumida de órgãos, ou a questão do aborto, são típicos casos em que se valorizam *pontos de vista* diferentes, sendo a avaliação daí decorrente o reflexo do pensamento de uma sociedade num determinado momento. Raramente na saúde o ponto de vista do *consumidor* é de fato enfatizado, mas exemplo da ênfase ou do pretexto está na liberação ou proibição de algumas drogas inibidoras do apetite ou bebidas isotônicas.

Finalmente, entre as racionalidades que se costumam procurar está a que privilegia a *participação* como critério, possivelmente em detrimento de outras categorias como eficiência. Cada uma dessas formas de avaliação deve levar em conta as circunstâncias nas quais ela ocorre e não apenas o(s) avaliador(es).

Seria desejável ter claro que a avaliação deveria considerar um pouco de cada uma dessas racionalidades. No entanto, isso é praticamente impossível, pois, embora uma não exclua a outra, como priorizar uma série delas concomitantemente? Entre os estereótipos da saúde sempre esteve claro que “cada caso é um caso”. Na avaliação, este também é um dos grandes axiomas, juntamente com a percepção de que avaliar uma parte ou um aspecto de um objeto não representa a totalidade: alguns programas fracassados não caracterizam uma má gestão na saúde e alguns projetos de êxito estrondoso não permitem que se considere o resultado do período como um sucesso.

O processo de avaliação deve permitir dizer se o que ocorreu foi adequado ou não. Também deve apontar como chegar a essa conclusão ou o que define

o fracasso ou o êxito mencionados no parágrafo anterior. Em função disso, podemos definir o que é possível e necessário aprimorar e de que maneira fazê-lo. Seguindo a mesma lógica, existe a chamada *meta-avaliação*, ou a avaliação da avaliação, que encoraja a investigar o que foi de fato analisado e o que foi deixado de lado, para chegar às conclusões divulgadas.

Expor-se à avaliação é correr o risco de (e estar disposto a) ser considerado menos perfeito do que se gostaria. Ao mesmo tempo, é aumentar a probabilidade de ter, ao final, resultados melhores do que se teria sem ela. Com isso, o que se convencionou chamar de qualidade pode ser mais útil num ambiente mais propício à avaliação, pois ele induz mais à reflexão do que à reprodução acrítica de técnicas e instrumentos prontos com antecedência.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

“O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde de buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública. Tal busca precisa estar calcada não somente na luta política para a devida priorização da saúde e na análise das necessidades da população, como também na análise da atuação cotidiana do sistema hoje existente frente a essas necessidades” (Silver, 1992).

A preocupação em avaliar os serviços e o sistema de saúde há muito consta da agenda das discussões de saúde. No entanto, a sistematização dessa avaliação, a possibilidade de comparar os resultados dessa avaliação com indicadores desejados, e até mesmo sua implantação prática, são pontos mais recentes em nossa realidade. Há casos em que ainda não saíram do discurso.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde – mais precisamente com a municipalização – os gestores locais anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada, o que vem sendo feito até hoje de modo bastante genérico. Até o momento, as metodologias de avaliação disponíveis são muito mais apropriadas para responder às características dos serviços de saúde de modo isolado, ou aplicáveis a programas em desenvolvimento ou desenvolvidos. Apesar da diversidade que cerca o campo da avaliação, a abordagem do sistema de saúde costuma ser feita em função de indicadores de saúde da população e alguns poucos indicadores de serviços de saúde. A primeira limitação encontrada é o fato de a definição de saúde não ser uniforme (mesmo que conste da Constituição). O mesmo pode ser dito a respeito de serviços de saúde.

Se por um lado essa preocupação avaliativa existe há muito, por outro ela ganhou impulso com a percepção de que são crescentes os custos da assistência à saúde e limitados os recursos disponíveis para ela. Ocorre uma tentativa, ainda incipiente, de associar os resultados finais da assistência com os custos envolvidos, até para justificar um investimento maior no setor, mudando sua imagem de ineficiência e ampliando a percepção do senso comum em relação a sua abrangência e seu contexto.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

“Qualidade denomina-se, em geral, todo modo de ser, quer pertença à essência, quer se lhe acrescente” (Brugger, 1977). Ou ainda “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza” (Cunha, 1982).

A pseudofamiliaridade que todos crêem ter com essa palavra e sua aplicabilidade a quase tudo o que se conhece e com que se lida no cotidiano acaba oferecendo uma falsa imagem de facilidade no trabalho com *conceitos e princípios de qualidade*. As críticas que se faz são de cunho ideológico ou referentes basicamente à transposição de mais um modelo não nacional. Por outro lado, o gerenciamento da qualidade total e suas variações disseminou-se de tal forma através da mídia e da valorização dos produtos com rótulos de qualidade fornecidos pelas indústrias, que assistimos hoje à contaminação da sociedade, até quase a obsessão, pelo termo “qualidade”, permitindo assim que quaisquer intenções a esse respeito sejam não apenas bem-vindas, como também aguardadas.

A *avaliação de qualidade* aparece junto com a avaliação de programas como campo de conhecimento específico dentro da avaliação em saúde.

A avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. O objeto pode ser o impacto ou até os processos. Ambos os focos guardam estreitas semelhanças com o desenvolvimento do pensamento da qualidade, cujo marco inicial deu-se via inspeções do produto final, até chegar à avaliação da qualidade dos processos (ou sua administração) antes que o produto final saia da fábrica. O fundamental, quando se fala em avaliação, é ter claro que ela serve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido ou deve ser interrompido. Para isso deve-se explicitar os critérios utilizados, a que necessidades ou interesses esses critérios respondem e quem pode ser favorecido ou prejudicado em presença desses resultados. O mesmo programa pode ser visto como um sucesso num tipo de gestão municipal e como um desperdício de dinheiro em outra, frente aos mesmos resultados. Isso não está errado nem certo, apenas responde às definições de avaliação com as quais se consegue lidar. Isso ocorre também com programas de qualidade, que ou bem são aceitos e aplaudidos *a priori* ou bem são considerados antes de qualquer tentativa real de implantação ou de avaliação.



QUALIDADE: QUESTÕES ASSOCIADAS

CONTROLE DE QUALIDADE TOTAL EM SAÚDE E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Existe uma relação intrínseca entre a avaliação, o planejamento e o desenvolvimento de programas, bem como uma falta de definição de limites muito frequente entre essas áreas de conhecimento. Essa confusão teve origem na história da avaliação, pois esta tradicionalmente era considerada a última etapa do planejamento e da programação. Hoje em dia há quem acredite que a avaliação tenha tomado forma própria, tornando-se disciplina à parte (Stenzel, 1996). De fato, nem uma nem outra premissa são consideradas inteiramente verdadeiras.

A tentativa de comparar a GQT (Gestão da Qualidade Total) e o PES (Planejamento Estratégico Situacional) é delicada, pois termina por desconsiderar seus objetivos, finalidades, aplicações e potencialidades, enfocando apenas a origem ideológica que os envolve e os diferencia. No entanto, o tema tem despertado interesse, principalmente em ambientes acadêmicos, de onde tem sido levado aos executores de ações e serviços, revestindo-o de atualidade.

Apesar das diferenças colocadas, ambos os métodos apresentam a grande virtude de fornecer representação gráfica do processamento dos problemas, na tentativa de permitir a visualização da amplitude do tema abordado. Torna o processamento do problema menos complexo e mais acessível aos atores envolvidos. Além disso, a preocupação com a descentralização e/ou com a gerência participativa, temas contemporâneos da área da saúde, permite identificar afinidades entre as áreas, por mais que se advogue racionalidades diferentes por trás dos argumentos favoráveis à participação num e noutro casos.

Dadas as diferenças inequívocas entre os dois métodos, seria desejável a associação de ambos visando à complementaridade de finalidades, técnicas e resultados práticos: o PES aplicar-se-ia ao desenho das macropolíticas e macroestratégias; o GQT ou correlatos aplicar-se-iam sobretudo ao processamento dos problemas locais e diários. A dificuldade de colocar em prática essa solução é dada pelas divergências de visão de mundo entre os defensores de cada um dos modelos.

Quadro 1
Paralelo entre PES e GQT, segundo variáveis selecionadas

	PES	GQT
Finalidade	processamento técnico-político de problemas	processamento técnico de problemas
Utilização/concepção	setor público – desenhar macropolíticas	empresas – aumentar lucro e competitividade
Aplicação	recorte seletivo de problemas criativos	gerenciamento da rotina diária do trabalho
Foco de definição dos problemas	atores sociais	necessidades dos clientes
Escola administrativa	análises de poder	neotaylorismo (decomposição dos processos de trabalho)
Ambiente de concepção	América Latina – política instável	Japão – indústria
Unidades analíticas	momentos	fases ou etapas
Valoração dos problemas e das soluções, contexto externo	valor técnico político, possibilidade de intervenção, controle de recursos de poder, governabilidade do ator	problemas processados de baixa complexidade, com possibilidade de intervenção concreta
Ferramentas	visualização das relações causais entre componentes; complexas, uso difícil; hierarquização	visualização das relações causais entre componentes; de fácil domínio, desenvolvidas para a mensuração (controle estatístico dos processos)
Contexto que mais influencia no desenho do processamento do problema	externo	interno
Modelo	não-determinista	determinista
Conflito	preocupação preponderante	interfere no ambiente de trabalho harmônico
Escopo de ação	governos, instituições	empresas, instituições e serviços

Fonte: Baseado em F.J.U.R. Rivera. *Planejamento Estratégico Situacional ou Controle de Qualidade Total em Saúde? Um Contraponto Metodológico*, Cadernos Fundap, 19:25-46,1996.

GERENCIAMENTO DA QUALIDADE NA INDÚSTRIA, NOS SERVIÇOS E NA SAÚDE

O conceito de Gerenciamento da Qualidade surgiu dentro do contexto industrial, inicialmente a partir de pensadores da qualidade americanos. Seu apogeu ocorreu na indústria japonesa do pós-guerra. O sucesso desse modelo no contexto japonês deveu-se, em grande parte, às características propícias encontradas naquele país, bastante distintas da realidade vivida em outros locais.

A começar pelos princípios religiosos, pode-se dizer que, segundo a crença predominante no Japão, o homem é bom por natureza. Já na civilização judaico-cristã aceita-se que ele é mau. A partir dessas diferentes crenças, com forte influência na cultura, na economia, na ideologia e nas sociedades, compreende-se que elas determinam diferentes posturas no mundo do trabalho. Assim sendo, no Ocidente a presença constante de inspetores, seu papel e sua importância no contexto das indústrias e serviços, se faz notar de modo mais significativo do que no Japão.

A educação ocupa lugar de destaque na sociedade japonesa, com um número crescente de pessoas com nível superior ingressando no mercado de trabalho. Esse fenômeno é muito mais recente em boa parte dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento do mundo ocidental.

A sociedade japonesa é tida como vertical, isto é, a hierarquia é muito valorizada e respeitada. No entanto, a relação entre as pessoas de mesma função é um tanto fraca. Nos Estados Unidos a informalidade, real ou forçada, é um valor no mundo dos negócios.

Após a Segunda Guerra os conglomerados japoneses dissolveram-se, levando à maior atomização do capital. Os administradores proprietários são poucos e estimula-se que as empresas busquem lucros a longo prazo, fugindo dos desafios do imediatismo.

A administração por especialistas preconizada por Taylor, em que estes determinam padrões normativos técnicos de desempenho para os trabalhadores, difundiu-se largamente no Ocidente, contrapondo-se à tradição japonesa, que preconiza a rotação do trabalhador por diferentes setores, estimulando-o a desenvolver diversas habilidades, ainda que se trate de profissional graduado. O excessivo foco na especialização precoce acabou por enfatizar o corporativismo, estreitando os horizontes dos indivíduos. Isso se reflete na organização dos sindicatos - no Japão ela não se faz em torno de determinada categoria profissional, e sim por empresa. Evidentemente não se pode dizer que o especialista seja um mau profissional. Trata-se de diferentes concepções.

No Ocidente, o pagamento frequentemente baseia-se no mérito, enquanto no Japão isso é feito a partir da antiguidade e posição. Além disso, os empregos são tradicionalmente vitalícios, o que determina outro tipo de relação com a empresa. Os japoneses acreditam que o pagamento por mérito/desempenho peca por considerar que as pessoas só trabalham em busca do retorno financeiro. Para eles o trabalho envolve ainda a satisfação de realizá-lo bem, uma vez que o término de um projeto ou a conquista de um objetivo, a cooperação com os demais e o reconhecimento, além do crescimento pessoal, fazem parte do prazer que deveria acompanhar o trabalho (Ishikawa, 1997).

Se a transposição de um modelo concebido para a indústria, americana ou japonesa, para a realidade empresarial brasileira requer uma série de adaptações e um profundo conhecimento a respeito das diferenças, vantagens e desvantagens e real aplicabilidade, mais difícil se torna sua aplicação para o universo da saúde.

Aqui vão algumas considerações tecidas por Donabedian a respeito dos diferentes modelos quanto a:

1. Natureza da qualidade

Quadro 2
Natureza da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA
Qualidade	aquilo que o consumidor deseja e compra	aquilo que é bom para o consumidor, definido por ele e pelo prestador de serviços
Interação cliente / fornecedor	pouco relevante	relação médico-paciente complexa
Consumidor	co-produtor de qualidade via uso	<i>idem</i> , com maior peso
Baixo custo	componente da qualidade	menor importância
Otimização e equidade	menor importância	grande importância, dependendo de políticas e de sua implementação

Fonte: A. Donabedian. *Continuity and Change in the Quest for Quality*, Clinical Performance and Quality in Health Care, 1(1): 9-16,1993.

2. Escopo da qualidade

Quadro 3
Escopo da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Ênfase	Qualidade Total: baixar custos e atender o consumidor, envolve todas as pessoas e os processos da organização	<i>performance</i> profissional e técnica, interação paciente-profissional, contribuição do paciente, acesso/equidade
Valorização – riscos	atividades meio	procedimentos médicos em detrimento dos demais profissionais

Fonte: A. Donabedian. *Continuity and Change in the Quest for Quality*, Clinical Performance and Quality in Health Care, 1(1): 9-16,1993.

3. Natureza do problema da qualidade

Quadro 4

Natureza do problema da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Problemas decorrentes ou caracterizados por	defeitos no desenho dos sistemas, produtos, processos de produção	competência do profissional e variabilidade na prática clínica

Fonte: A. Donabedian. *Continuity and Change in the Quest for Quality*, Clinical Performance and Quality in Health Care, 1(1): 9-16,1993.

4. Estratégias de garantia e melhoria da qualidade

Quadro 5

Estratégias de garantia e melhoria da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Ênfase	mudanças estruturais, incluindo treinamento	influência da <i>performance</i> profissional através da educação, treinamento, supervisão
Modelo de gestão	gestão participativa, delegação de responsabilidades, educação e treinamento, recompensas	realidade vivida sobretudo por médicos, poucos com treinamento em métodos de qualidade

Fonte: A. Donabedian. *Continuity and Change in the Quest for Quality*, Clinical Performance and Quality in Health Care, 1(1): 9-16,1993.

5. Métodos de monitoramento da qualidade

Quadro 6
Métodos de monitoramento da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Monitoramento	por meio da medição de processos e resultados, comparação com padrão	processos e resultados por meio de padrões análogos; dificuldade de minimizar resultados <i>a posteriori</i>
Periodicidade do monitoramento	contínua	contínua
Metodologia	métodos específicos para identificação de problemas, desenvolvimento de consenso, determinação de causa; controle estatístico muito desenvolvido e utilizado	métodos semelhantes (epidemiologia), reduzido emprego da estatística, revisão de caso clínico muito empregada

Fonte: A. Donabedian. *Continuity and Change in the Quest for Quality*, Clinical Performance and Quality in Health Care, 1(1): 9-16,1993.

É POSSÍVEL O GERENCIAMENTO DA QUALIDADE NO SETOR PÚBLICO?

Considerando que o gerenciamento da qualidade nasceu dos anseios por aumento de mercado e de resultados, em ambientes onde a competitividade ocupa lugar de destaque, qual seria sua utilidade para o setor público? Entre as razões para contestar a aplicação do GQT no setor público estão (Morgan e Murgatroyd, 1994):

- a natureza do GQT inibe sua aplicação no setor público;
- a natureza do setor público opõe-se à aplicação do GQT;
- a cultura de trabalho dos grupos profissionais que caracterizam o setor público colide com o GQT;
- no setor público o conceito de cliente é bastante complexo.

As diferenças começam a partir do papel desempenhado pelo mercado estimulando a competitividade tanto na indústria como no setor de serviços. É recente no Brasil a percepção de que pode ser útil o setor público considerar a possibilidade de competir por sua clientela. A descentralização político-administrativa, seguida da econômica, bem como a preocupação crescente com gastos, o fortalecimento da noção de *accountability* (Campos, 1990) ou responsabilidade social, são sintomas que denotam sintonia com a visão do GQT.

Mais recentemente vem surgindo mercado interno no setor público, a exemplo do Reino Unido, mais especificamente nos campos da saúde e educação, por meio do estabelecimento de contratos entre fornecedores e compradores.

Dentro dessa perspectiva verifica-se que a preocupação do GQT em reduzir a variabilidade no processo de produção, a fim de alcançar o produto/qualidade almejada, não pode simplesmente ser transportada do privado para o público, da indústria para os serviços. Por exemplo, nesse caso a noção de qualidade se faz tanto mais clara quanto maior for a capacidade do fornecedor de proporcionar ao cliente o produto ou o serviço desejado de forma singular, ou seja, atender às necessidades individuais e específicas. O desafio é, portanto, manter os padrões de produção ideais ou adequados diante de diferentes demandas.

Fala-se muito da resistência à mudança existente dentro do setor público, atribuída muito ao estereótipo de hábitos arraigados de seus funcionários. Por um lado, a resistência não é apanágio do setor público. Por outro, diante da constatação de benefícios provenientes das mudanças, nenhum trabalhador se recusa a considerar a importância de alterar as rotinas. A pesada estrutura burocrática costuma ser um entrave às modificações, mas a máquina pública tem sido modificada em todos os seus aspectos.

O tradicional orçamento do setor público, fixo e ignorando o desempenho institucional, acaba por não estimular esforços setoriais que permitam realocação de recursos. Também inibe a criatividade na busca de alternativas. A escassez de recursos de boa parte de nossas instituições pode fazer com que a afirmação anterior pareça incongruente, mas, verificando o que foi feito até o momento no nível central, nos Estados, nos municípios e nos serviços, constatamos a necessidade de modificar as práticas em todas as instâncias. Se fosse possível a inventividade e a contenção de gastos reverterem em benefícios para as instituições, isso poderia estimular ao menos a mudança no pensamento do planejamento no setor público.

Além disso, na esfera privada os ganhos trazidos pelo GQT podem ser contabilizados individualmente, estimulando assim a adoção da idéia da qualidade. A adoção desse modelo pode também resultar na redução do número de funcionários. Essa é realmente uma ameaça para trabalhadores do setor privado (desde o começo da implantação desse modelo, mesmo que as teorias pregassem o contrário) e hoje concretamente colocada também para o funcionalismo público.

Os administradores públicos, assim como todos os demais trabalhadores do setor, dificilmente são pagos segundo seu desempenho. Assim, não são estimulados a considerar inovações na gestão. O controle político exercido sobre as várias instituições públicas é outro fator inibidor de iniciativas diferenciadoras. A pressão política, direcionada para a obtenção de resultados a curto prazo, também interfere tanto na alocação de recursos quanto na seleção de prioridades, fugindo da perspectiva de longo prazo preconizada nas teorias.

Dentro da divisão de trabalho no setor público, algumas características aparecem como possíveis barreiras às iniciativas de qualidade. A ênfase no trabalho

individual em detrimento do trabalho em grupo e a estrutura excessivamente hierarquizada contrapõem-se às idéias de trabalho colaborativo, trabalho coletivo, *empowerment* do cliente, relação cliente – fornecedor. Essas expressões do GQT nos levam a parte do tripé preconizado por Deming para a obtenção da qualidade: gerenciamento participativo, superação das expectativas dos clientes e análise estatística de processos.

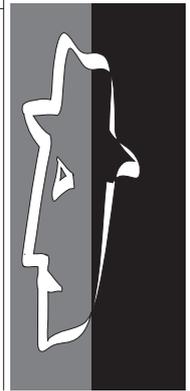
Outro aspecto a considerar é a definição, ou melhor, a abrangência do termo *cliente* no setor de serviços na área pública. A diversidade de clientes leva a demandas contraditórias e divergentes, sem contar que para boa parte dos serviços o cliente permanece distante, não se fazendo sentir como uma pressão definida. Ainda assim, torna-se cada vez mais clara a demanda por mais opções em termos de fornecimento de serviços, bem como a cobrança por maior compromisso com a população usuária, sem contar a busca ainda incipiente pela demonstração de desempenho efetivo. Cabe levantar a noção de cliente cidadão, trazendo consigo a complexidade do conceito de cidadania, ainda em fortalecimento em nossa sociedade.

A transição do papel do Estado, num momento em que este deixa de ocupar função de destaque em todos os setores, passando a exercer atividade reguladora, mantida preponderância nas áreas consideradas prioritárias, aponta para a oportunidade da adoção do modelo da qualidade total, ou da garantia de qualidade onde esse tipo de racionalidade administrativa possa ser benéfico.

GERENCIAMENTO DA QUALIDADE E IDEOLOGIA

O Gerenciamento da Qualidade Total, por meio de sua faceta descentralizada levando ao controle dos processos pelos trabalhadores responsáveis por eles, aliado à prática dos círculos de qualidade – espaço coletivo que se pretende capaz de transmitir ao trabalhador a visão global dos processos –, é dito “humanizante”. Para alguns trata-se de mensagem pretensamente desalienante, cabendo ressaltar a limitação do controle descentralizado, feito apenas em microuniversos organizacionais, e o caráter neotaylorista do GQT, dadas as características culturais dos países de origem e o próprio capitalismo (J. Uribe Rivera, 1996).

Toda idéia ou concepção de mundo que se pretenda sem um suporte ideológico ou teórico parece improvável. Assumindo a origem do gerenciamento da qualidade como forma de gestão que reconhece a necessidade de melhora contínua para a manutenção da fatia de mercado de determinada empresa, entre outras características, pode-se compreender a descentralização nele implícita como medida eficaz para a solução dos problemas locais, aliada à prática do gerenciamento participativo. Esse *empowerment* traz consigo uma ambigüidade: ao mesmo tempo em que divide o poder, às vezes se propondo negar a existência de diferentes extratos hierárquicos, também busca oferecer ao funcionário maior satisfação profissional. Reconhecidas as limitações do GQT e sua aplicabilidade, e observadas as características locais, essa forma de gerenciamento poderá resultar em benefícios para todos os níveis hierárquicos, em qualquer tipo de organização.



AVALIAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DA QUALIDADE

O controle de qualidade teve início nos anos 30, com a aplicação do gráfico de controle desenvolvido por W. A. Shewart, da Bell Laboratories. Durante a Segunda Guerra, por meio da utilização desse método, os Estados Unidos conseguiram produzir suprimentos militares mais baratos e em grande quantidade. Durante a Segunda Guerra, a produção americana apresentou características de qualidade, quantidade e baixos custos. Na Inglaterra, berço da estatística moderna, foram adotados os padrões normativos britânicos 600 a partir de 1935.

No Japão a dificuldade de compreensão da lógica estatística retardou a introdução do controle de qualidade. Seguiu-se o modelo taylorista, em que a inspeção ocupava lugar de destaque. Em 1950 criou-se um grupo de pesquisas em controle de qualidade, que contratou W. Edwards Deming, estatístico americano reconhecido pelo estudo de amostragem. Esse profissional acabou por introduzir no Japão as práticas de gestão da qualidade conforme as conhecemos atualmente e tornou-se um dos autores mais conhecidos da área.

O controle de qualidade, atento aos desejos e hábitos dos consumidores, ao mesmo tempo em que se preocupa com o conhecimento dos custos, pretende antecipar-se aos defeitos e reclamações potenciais por meio da implementação das medidas necessárias e eficazes para atingir os padrões almejados. Numa etapa posterior à do controle surgiu a garantia de qualidade, na tentativa de manter as conquistas obtidas. A preocupação com a qualidade deixa de ocorrer apenas no momento da inspeção final, passando a acompanhar todo o processo de produção. Assim sendo, as ações corretivas atingem a causa do problema e não suas conseqüências, ou seja, a ação passa a ser preventiva. Finalmente, atinge-se o Controle de Qualidade Total, momento em que a responsabilidade passa a ser partilhada por todos os envolvidos, utilizando trabalho em equipe

via círculos ou times de qualidade. *Total*, aqui, significa o envolvimento com qualidade atingindo a todos da organização.

DEMING

W. Edwards Deming é considerado o teórico da qualidade, uma vez que discute mais as idéias do que propostas práticas de operacionalização do GQT ou TQM. Na década de 50 foi o responsável pelo treinamento dos gerentes japoneses no campo do controle estatístico da qualidade. Deming define qualidade como “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Sua contribuição considerada mais importante é o trabalho estatístico no sentido de definir a variabilidade dos processos em termos de causas especiais e causas comuns. Para ele as causas comuns são responsáveis por 94% dos casos de variação desnecessária e costumam ser de responsabilidade do gerente.

Em seu livro *Out of the Crisis (Qualidade: a Revolução da Administração)* propõe os chamados *14 pontos* descritos a seguir, de forma a alcançar a qualidade total.

Quadro 7 Os 14 pontos do método Deming

1. Crie constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço.
2. Adote a nova filosofia.
3. Cesse a dependência da inspeção em massa.
4. Acabe com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhore constantemente o sistema de produção e de serviços.
6. Institua treinamento.
7. Adote e institua liderança.
8. Afaste o medo.
9. Rompa as barreiras entre os diversos setores.
10. Elimine *slogans*, exortações e metas para a mão-de-obra.
11. a) Suprima as quotas numéricas para a mão-de-obra.
b) Elimine objetivos numéricos para o pessoal de administração.
12. Remova as barreiras que privam os profissionais do justo orgulho pelo trabalho bem executado.
13. Estimule a formação e o auto-aprimoramento de todos.
14. Tome iniciativa para realizar a transformação.

Fonte: W. E. Deming. *Qualidade: a Revolução da Administração*. Tradução de Clave Comunicações e Recursos Humanos SC Ltda., RJ, Marques Saraiva, 1990, pp.19-72.

Essas proposições representaram uma verdadeira revolução dentro da organização, levando a profundas transformações no relacionamento entre esta e

seus clientes, fornecedores e empregados. Deming alertava também para os obstáculos a serem enfrentados, bem como para o longo caminho a percorrer até a real implementação da nova filosofia. Esse enfoque não necessariamente atinge todos os empregados, pois muitos têm dificuldades em empregar a metodologia ou em aceitar os princípios. Outras vezes, não conseguem envolver a alta gerência, restringindo-se aos operários e engenheiros.

JURAN

Em 1954, J. M. Juran foi ao Japão participar de seminários com a finalidade de atingir os administradores de nível central e intermediário e explicou-lhes sua importância para a promoção da qualidade. Com isso, o controle de qualidade deixou de ser visto apenas como um instrumento estatístico voltado para os engenheiros na linha de produção e passou a ser encarado como ferramenta de administração, levando ao estabelecimento do denominado “controle de qualidade total”.

Juran contribuiu para o desenvolvimento do modelo japonês. Para ele a administração da qualidade compreende três processos básicos – planejamento, controle e melhoria –, a chamada *trilogia de Juran*. Considerando esses três pontos, ele admite que a administração da qualidade pouco difere das práticas financeiras tradicionalmente utilizadas. Define qualidade como “adequação ao uso”, isto é, aquilo que atende às necessidades do cliente. Para ele, um produto ou serviço deve estar livre de defeitos ou erros e essa premissa precisa ser incorporada ao processo desde o início.

Quadro 8 Os componentes da trilogia de Juran

PLANEJAMENTO DA QUALIDADE	CONTROLE DA QUALIDADE	MELHORA DA QUALIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Determine quem são os clientes • Determine as necessidades dos clientes • Desenvolva características dos serviços que respondam às necessidades dos clientes • Transfira o plano para o nível operacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie o desempenho do serviço • Compare o desempenho real com os objetivos do serviço • Atue sobre a diferença 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabeleça a infra-estrutura • Identifique os projetos de melhoria • Estabeleça os projetos dos times • Forneça aos times recursos, treinamento e motivação para diagnosticar as causas, estimular a implantação das soluções, estabelecer controles para garantir os ganhos

Fonte: E. R. Davis. *Total Quality Management for Home Care*, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 1994.

CROSBY

Segundo Crosby, GQT é um sistema de gerenciamento estratégico e integrado para alcançar a satisfação do cliente, envolvendo todos os trabalhadores, gerentes e técnicos, utilizando métodos quantitativos para aprimorar continuamente os processos da organização. Traz o conceito de “defeito zero”. Sua maior contribuição foi a quantificação da qualidade em termos financeiros, levando os gerentes a entender que atingir a qualidade é mais barato do que não atingi-la.

Para Crosby são *quatro os princípios da qualidade*:

1. A definição de qualidade é a conformidade com os padrões.
2. O sistema de qualidade é a prevenção.
3. O padrão de desempenho é o defeito zero.
4. A mensuração da qualidade é o preço da não-conformidade.

ISHIKAWA

Ishikawa foi um químico japonês responsável pela criação de importantes instrumentos de auxílio ao monitoramento dos processos de controle de qualidade: os *círculos de controle de qualidade* e as *sete ferramentas*. Para ele, a qualidade pode ser obtida, com a utilização das ferramentas, por qualquer trabalhador. Redefiniu o conceito de cliente, incluindo neste os clientes internos: funcionários que recebem os resultados do trabalho de colegas como insumo para o seu próprio trabalho (Wood, 1994).

Em 1949, no Japão, foi criado um curso básico de controle de qualidade, visando à educação em controle de qualidade, inicialmente para engenheiros e administradores. Aos poucos, perceberam que sem educar a totalidade dos trabalhadores não seria possível produzir com qualidade. Assim, para divulgar essas idéias, foi criado um jornal específico; para garantir a discussão de seu conteúdo surgiram os círculos de qualidade.

Círculo de qualidade

Pequeno grupo instituído para executar as atividades de controle de qualidade de maneira voluntária no local de trabalho. Esse grupo integra as atividades de controle de qualidade em toda a empresa.

Idéias básicas

- Contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento do empreendimento.
 - Criar um ambiente de trabalho harmônico.
 - Exercitar as capacidade humanas.
-

Princípios gerais

- atividade voluntária;
- autodesenvolvimento;
- atividades em grupo;
- participação de todos os empregados;
- utilização das técnicas de CQ;
- atividades estreitamente ligadas à realidade de trabalho;
- vitalidade e continuidade nas atividades de CQ;
- desenvolvimento mútuo;
- originalidade e criatividade;
- consciência da qualidade, dos problemas e do melhoramento.

Como iniciar as atividades dos Círculos de Qualidade

Os Círculos de Qualidade são parte integrante de um programa de Controle de Qualidade Total. São propostos oito passos:

1. Administradores, chefes de divisão e de seção, além daqueles que serão responsáveis pelo CQ, são os primeiros a começar a estudar o CQ e as atividades dos círculos.
 2. Aqueles envolvidos no programa devem assistir às conferências dos círculos e visitar outras empresas que estejam implantando atividades semelhantes.
 3. Uma pessoa para ser identificada como a responsável pelos círculos de qualidade na organização. Ela deverá estudar o assunto e preparar um texto simplificado para o treinamento dos líderes e dos membros dos círculos de CQ.
 4. A organização deve começar a recrutar líderes para os círculos, dando-lhes treinamento em CQ e em suas atividades. O conhecimento a ser passado aos líderes deve ser o indispensável: fundamentos das atividades dos círculos, como olhar a qualidade, garantia e controle de qualidade, utilização de ferramentas estatísticas
 5. Os líderes retornarão ao seu local de trabalho após o treinamento. Ali organizarão círculos de qualidade em grupos de no máximo dez pessoas.
 6. O líder deverá ser inicialmente uma das pessoas treinadas, mas posteriormente deverá ocorrer alternância na liderança.
 7. Os líderes ensinarão aos demais membros noções básicas de CQ. Os problemas do próprio local de trabalho deverão exemplificar esse momento.
-

8. Um problema, comum aos membros da equipe e parte de sua realidade de trabalho, será selecionado. Os próprios trabalhadores devem identificar esses problemas sem a interferência de níveis hierárquicos superiores.

Como colocar em prática as atividades do círculo

- definir um tema (estabelecimento de objetivos);
- esclarecer os motivos que levaram à escolha desse tema;
- avaliar a situação atual;
- analisar suas causas;
- estabelecer medidas corretivas e colocá-las em prática;
- avaliar os resultados;
- padronizar, prevenir deslizes e reincidências;
- refletir num segundo momento, considerando os problemas remanescentes;
- planejar para o futuro.

Avaliação das atividades dos círculos de qualidade

A avaliação deve considerar a condução dos círculos, as atitudes e os esforços para solucionar problemas e a cooperação existente no grupo. Evidentemente, deve-se também considerar os resultados, a padronização resultante e a reflexão constante.

DONABEDIAN

Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

ESTRUTURA – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

PROCESSO – atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.

RESULTADO – produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Fonte: A. Donabedian. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I), Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.

Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros.

Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros.

É difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendências – estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.

Processo abrange, *grosso modo*, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. É sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. Por isso, é de onde se retira as bases para a valoração da qualidade. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspectos éticos e da *relação médico/profissional/equipe de saúde-paciente*. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo.

Existe uma busca constante por uma definição precisa de qualidade, mas por enquanto ainda dependemos de conceitos genéricos, empregados há muito, em que a boa prática médica é aquela exercida por profissionais de renomado saber, que atuam dentro dos limites do saber científico, mantendo relação médico-paciente satisfatória, abordando o paciente na sua totalidade. A generalidade desses conceitos faz com que, mesmo seguindo essas diretrizes, não se possa assegurar a qualidade da prática profissional, pois trata-se de parâmetros elásticos. Assim, até o momento o *resultado* da assistência se restringe às mudanças observadas no estado de saúde do paciente, que podem ser atribuídas à assistência médica.

Para que as mudanças no estado de saúde correspondessem à mensuração precisa da qualidade da assistência prestada seria preciso que as demais causas de mudança, também envolvidas na obtenção do mesmo resultado, fossem eliminadas ou controladas. A atribuição de pesos específicos medindo a influência de cada um desses aspectos nos resultados finais da assistência médica permanece tarefa não resolvida, mas não se pode negar a inter-relação entre esses fatores, ainda que de difícil mensuração.

Apesar da resistência de alguns setores da saúde em aceitar a abordagem sistêmica de qualidade, empregada sobretudo pela indústria, a presente categorização tem por objetivo a sistematização da complexidade da saúde, permitindo que a partir dela se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas. Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade (Stenzel, *apud* Nogueira). O desempenho da atividade médica é o tema central para esse autor e tudo se passa a partir da ótica desse profissional. Em parte, essa visão se deve ao receio da perda da “utilidade analítica” que a ampliação do conceito de qualidade traria.

Inicialmente, atribuiu três dimensões à qualidade: *conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades*, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre (Silva e Formigli, 1994, e Donabedian, 1992).

Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1990).

Quadro 9

Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

EFICÁCIA – capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE – melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

OTIMIZAÇÃO – torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

ACEITABILIDADE – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQUIDADE – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: A. Donabedian, tradução de Roberto Passos Nogueira. R. P. Nogueira. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*, Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

6. BERWICK

Donald Berwick, pediatra americano, envolveu-se com o gerenciamento da qualidade a partir do Plano de Demonstração Nacional – PDN (em inglês, National Demonstration Project - NDP), tendo contribuído para que os profissionais de saúde se apropriassem das idéias da qualidade através de um livro, traduzido para o português sob o título *Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*, em que adapta para a saúde os conceitos utilizados na indústria e oferece exemplos de efetiva aplicação das ferramentas da qualidade. Cita ainda programas desencadeados pelo PDN, mostrando como empregar o GQT na área da saúde. Empenhado na divulgação da área, ele é hoje uma liderança no setor, promovendo e participando de eventos científicos sobre qualidade em saúde.

No seu livro, apresenta como princípios que:

- o trabalho produtivo é realizado através de processos;
 - relações sólidas entre cliente e fornecedor são imprescindíveis para uma segura administração da qualidade;
 - a principal fonte de falhas de qualidade são os problemas nos processos;
 - a má qualidade é cara;
 - a compreensão da variabilidade dos processos é a chave para melhorar a qualidade;
 - o controle de qualidade deve concentrar-se nos processos;
 - a abordagem contemporânea de qualidade está fundamentada no pensamento científico e estatístico;
 - o envolvimento total do empregado é crucial;
 - estruturas organizacionais diferentes podem ajudar a obter melhoria da qualidade;
 - a administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente inter-relacionadas: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.
-



APLICAÇÃO DAS IDÉIAS DE AVALIAÇÃO E QUALIDADE

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS/REDES – ACREDITAÇÃO

“Acreditação significa um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência médico-hospitalar e da proteção da saúde da população.” (Grupo Técnico de Acreditação)

O termo “acreditação” não é encontrado em nossos dicionários e o verbo “acreditar”, que vem sendo empregado como equivalente ao ato de se proceder à acreditação, significa, segundo o (dicionário) Aurélio, “crer, dar crédito a, conceder reputação a, conferir poderes a, etc.” A palavra aproxima-se daquela utilizada em inglês (*accreditation*) e em espanhol (*acreditación*); a tentativa é caracterizar uma atuação diferente da empregada tradicionalmente por aqueles preocupados com qualidade.

Corresponde a um sistema de avaliação externa que acaba por determinar se o serviço segue padrões previamente estabelecidos. Refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo da premissa de que os serviços de saúde devem ser locais seguros tanto para o exercício profissional quanto para a obtenção de cura ou melhoria das condições de saúde.

Tem sua origem na preocupação com as conseqüências advindas de eventuais falhas nos processos envolvidos na prestação de serviços: registro médico realizado em prontuário de outro paciente, troca de medicação, falhas de equipamentos, qualificação profissional inadequada, etc. Esses eventos podem ser prevenidos desde que os serviços de saúde avaliem seu desempenho e monitorem seus processos, o que nem sempre ocorre. Assim sendo, o estabelecimento de padrões a serem seguidos, desenvolvidos inclusive com a participação dos usuários, vem sendo aprimorado, ficando a cargo de organizações constituídas

para esse fim específico, como é o caso da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), dos Estados Unidos.

Hoje passa-se a discutir acreditação de redes, isto é, toda a metodologia desenvolvida inicialmente para os hospitais poderia ser adaptada e empregada para o sistema de saúde. Considerando a descentralização do sistema, o alvo seria a estrutura da organização de sistemas locais de saúde para uma população previamente definida. A Prefeitura/Secretaria Municipal da Saúde de alguns municípios do Estado de São Paulo (Mauá, por exemplo) já desencadeou processo dessa natureza, com base em instrumentos de avaliação ainda preliminares, na lógica de estrutura, processo e resultado.

Características do processo de acreditação

Quem deve ser o responsável pelo processo?

Originalmente, a acreditação foi concebida como processo de natureza independente, ou seja, atividade a ser desempenhada fora do espaço governamental. No entanto, para ser independente, não pode ficar atrelada exclusivamente ao setor privado, devendo ser pensada de forma a representar os diversos interesses existentes no campo da saúde, comprometidos com a boa prática profissional e com o atendimento aos anseios e necessidades dos usuários.

No caso da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, a profissão médica predominava na sua composição, sendo que mais recentemente seu conselho passou a ser composto por representantes do público e de profissionais de enfermagem, além dos já participantes anteriormente – Associação Americana de Hospitais, Associação Médica Americana, Colégio Americano de Cirurgiões, Associação Americana de Odontólogos, representante dos consumidores.

Caráter voluntário

Submeter-se à avaliação externa, para serviços de saúde, é um ato voluntário, assumido após a consideração dos aspectos positivos e negativos dessa decisão. Quando essa avaliação é feita por especialistas, fornece uma idéia precisa da qualidade das condições em que a assistência é prestada, permitindo ressaltar as características de excelência dos serviços. Por outro lado, essa abordagem implica ainda que áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas, de forma a indicar caminhos potencialmente adotáveis pela direção, contribuindo para o direcionamento mais adequado das atitudes a tomar e melhorando idealmente a possibilidade de atingir os objetivos.

De certa forma, esse caráter voluntário pode se tornar uma das várias formas de assegurar o interesse público. Por um lado, há a oportunidade de as organizações se conhecerem melhor. Por outro, pode-se verificar quem está disposto a se submeter a uma avaliação externa, com resultados idealmente não-controláveis. O risco que se corre, porém, é o de haver organizações preocupadas em apenas pas-

sar nessa avaliação, não em melhorar seu desempenho, risco este, presente em qualquer forma de avaliação que possa ser considerada de caráter comparativo.

Padrões

O processo avaliatório se dá a partir de padrões previamente estabelecidos, isto é, compara-se o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado como referência. Assim sendo, verifica-se se o serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis.

Confidencialidade

Para que os participantes de um programa de acreditação se sintam estimulados a aderir voluntariamente à idéia, há quem preconize a necessidade da garantia da confidencialidade dos dados. Assim, é preciso que esteja claro o destino a ser dado aos achados, o fluxo das informações, o encaminhamento dos resultados. Interessados neles de forma direta, além da própria organização, certamente são os usuários e os financiadores; mais à distância estão a imprensa e os órgãos de classe, entre outros. Deve-se definir, portanto, o tipo de divulgação a ser feito, de maneira a permitir o estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes, sem a qual não há possibilidade de adesão voluntária. No caso do CQH (Controle de Qualidade Hospitalar, programa criado pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina/SP, existente desde 1991), por exemplo, não se sabe quem se inscreveu para a avaliação, exceto os técnicos do programa e o próprio hospital. Sua adesão só passa a ser pública se for de interesse do hospital, após ele ter sido considerado satisfatório – e recebido o selo de qualidade.

Resultados

Não basta submeter as instituições ao processo de avaliação; é preciso apresentar o resultado encontrado. Bons e maus resultados devem ser diferenciados, ou seja, a instituição é aprovada ou não. Ser “acreditado” traz a idéia de conformidade com padrões estabelecidos, o que representa garantias tanto para os compradores de serviços quanto para os profissionais e usuários.

Questões emergentes

Conforme a composição do grupo responsável pelo processo de acreditação, seus vínculos e interesses, muitas instituições se sentem ameaçadas com as possíveis conseqüências nefastas do processo de acreditação: o que será feito com os resultados? Quem terá acesso a eles? O controle desses dados resultará em que tipo de poder sobre as instituições participantes?

A acreditação é um processo com muitos usos potenciais, entre os quais: *social*, oferecendo visibilidade e imagem de preocupação com a qualidade para quem a faz; *econômico*, pois podem-se obter recursos externos com esse tipo de atividade (a JCAHO, hoje em dia tem um braço basicamente dedicado a con-

sultorias, com ênfase internacional); *político*, em todos os seus aspectos. Uma breve e superficial avaliação da evolução das diferentes iniciativas surgidas no Brasil desde o início dos anos 90 permite observar os interesses envolvidos.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde) – EUA

Os primórdios dessa comissão remetem ao Colégio Americano de Cirurgiões, tendo sido, portanto, uma iniciativa da categoria médica. Inicialmente, foram estabelecidos alguns padrões, paulatinamente aprimorados, cobrindo mais áreas e tornados mais rigorosos. Ao mesmo tempo, cresceu a participação das instituições de saúde. Dada a maior complexidade das exigências e das áreas abrangidas, aos poucos outras instituições passaram a fazer parte desse processo – a Associação Médica Americana, a Associação Americana de Hospitais, representantes de profissionais (odontólogos e enfermeiros) e consumidores. A partir de 1988, a Joint Commission on Hospital Accreditation (JCHA) passou a ser denominada Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Em 1990, o resultado da acreditação era dado de acordo com a conformidade aos padrões estabelecidos, sumariamente descrito em quatro níveis:

- acreditação com louvor;
- acreditação sem recomendações;
- acreditação com recomendações;
- acreditação condicional – a partir da avaliação a organização passa a ter seis meses para se encaixar em alguma das categorias anteriores.

Inicialmente, o mercado direcionou a formação e atuação da JCAHO, sendo que o modelo desenvolvido apontava para a auto-regulação baseada nas expectativas da indústria da assistência à saúde. No entanto, na realidade americana, a introdução do Medicare e do Medicaid alterou esse quadro. O credenciamento de prestadores de serviço para o convênio estatal, isto é, o Medicaid, também passou a ser feito através de avaliação que levava em consideração os critérios estabelecidos pelas organizações que realizavam acreditação. Muito embora existam outros órgãos trabalhando com iniciativas semelhantes, a JCAHO conta com a adesão de importante contingente de serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, tornando-se de certa forma parte do sistema oficial. Há como que uma regra não escrita de que somente hospitais por ela acreditados recebem financiamento oficial. Isso vale também para boa parte dos financiadores privados.

Muito embora os resultados obtidos por meio da introdução da acreditação hospitalar nos Estados Unidos se tenham feito sentir pela preocupação dos hospi-

tais com a obtenção de níveis crescentes de excelência, a mensuração do impacto real na qualidade da assistência prestada, se realizada, não foi divulgada.

Nos últimos anos a JCAHO passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade. Além disso, passou também a valorizar o desempenho institucional. Finalmente, pode-se dizer que assumiu recentemente um papel de educação, além do de monitoramento. Fazem parte dessa linha de atuação a atividade de consultoria e a publicação de uma série de documentos com normas, padrões e recomendações

América Latina e Brasil

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem promovendo a discussão sobre o tema de acreditação hospitalar desde o começo dos anos 90 na América Latina, tendo elaborado em conjunto com a Federação Latino-Americana de Hospitais um manual a ser empregado no processo. Esse manual, realizado da forma mais próxima possível à realidade do continente, tem sido adaptado segundo as realidades encontradas por grupos nacionais, sendo que cada país encontra-se em diferentes estágios dentro desse processo.

A acreditação é vista como elemento de importância estratégica para desencadear e apoiar outras abordagens destinadas a incrementar a qualidade dos serviços de saúde, segundo consta em relatório de seminário realizado sobre o tema em 1995.

A partir de 1990, vêm surgindo no Brasil algumas iniciativas relacionadas à acreditação hospitalar. A primeira delas foi o CQH, programa que envolve coleta e análise regular de informações sobre gestão hospitalar utilizando alguns indicadores selecionados, sendo posteriormente realizada visita para verificação *in loco* desses padrões. Seu instrumento original era mais curto que aquele proposto pela OPAS e tinha um componente de satisfação do trabalhador e outro de satisfação do usuário. Atualmente propõe-se trabalhar com o instrumento da OPAS adaptado pelo grupo técnico.

Em 1992, surgiu o Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar, criado com forte incentivo da OPAS, idealmente com abrangência nacional e contando com a participação de representantes dos setores público e privado da área de prestação e financiamento de serviços, entidades de cunho acadêmico (Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP e Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde – PROAHSA) e associações profissionais, entre as quais o CQH, tendo sido desenvolvida proposta de criação de uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, que reunisse compradores e prestadores de serviços tanto públicos quanto privados, profissionais de saúde, usuários e um grupo de assessoria técnica. Esse grupo adaptou o manual da OPAS para sua aplicação sob forma de questionário fechado em sua maior parte, sendo que para a sua validação inicial foi necessário o desenvolvimento de pré-teste em diferentes

hospitais, daí resultando uma aplicação mais adaptada à realidade dos serviços de saúde do Brasil. A intenção de trabalhar com essa ampla representatividade era ter um grupo único nacional, com ramificações estaduais, porém com orientação técnica uniforme.

Em 1994, surgiu o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), envolvendo a Universidade do Rio de Janeiro (basicamente o IMS), a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, também sediados no Rio de Janeiro. Seu conselho seria montado em tese com a representação de entidades prestadoras e financiadoras privadas. O PACQS promoveu a aplicação de diferentes instrumentos de acreditação (manuais) em hospitais no Rio de Janeiro. Teve uma diminuição em suas atividades no período de 1995 a 1997, mas no período 1997-1998 voltou a atuar com maior visibilidade.

O Instituto Nacional de Acreditação em Saúde é uma organização não-governamental surgida no Rio Grande do Sul a partir do setor privado que conta com a participação das federações dos hospitais privados, medicinas de grupo e seguradoras privadas. Seu instrumento básico é o manual da OPAS. Elementos desse grupo participavam com alguma regularidade do Grupo Técnico de Acreditação, embora sua atividade no Estado fosse independente.

Mais recentemente, surgiu no Paraná, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, um grupo que vem desenvolvendo de forma bastante ampla um programa de acreditação no Estado como um todo, endossado *a priori* pela Secretaria de Estado da Saúde. Vinha trabalhando com o manual já adaptado pelo Grupo Técnico.

Dentro do próprio Ministério da Saúde vem-se abrindo espaço para o tema. No segundo semestre de 1997, foi contratado um consultor para o assunto, na verdade o idealizador do programa OPAS, que volta a tentar a unificação dos esforços nacionais, ocupando o espaço do Grupo Técnico. Até o primeiro trimestre de 1998, conseguiu-se um grupo composto por técnicos de todos os mencionados anteriormente, que aplicaram o instrumento existente em cerca de vinte hospitais em diferentes Estados do Brasil, permitindo uma revisão final e unificação do instrumento.

Ao mesmo tempo, observa-se o aparecimento, em todo o país, de grupos independentes, movidos por diversas racionalidades, entre as quais idealmente está de fato a melhoria das condições de prestação de assistência médica à população brasileira.

ALTERNATIVAS AO MODELO TRADICIONAL – ATENÇÃO DOMICILIAR

Tanto a grande oferta do mundo dos serviços quanto a tendência à desospitalização dos tempos atuais são as grandes impulsionadoras dessa nova forma de atenção médica. Na verdade, ela não é nova, mas havia entrado em desuso a partir do aumento desenfreado, em termos nacionais e internacionais, da oferta de leitos ou do estímulo ao consumo (para médicos e para usuários)

de internações hospitalares. Certamente, a busca constante de redução do custo da assistência médico-hospitalar veio acelerar essa tendência.

Assim sendo, procedimentos, anteriormente considerados complexos e como tal necessariamente devendo ser realizados no âmbito hospitalar, passaram a ser feitos a domicílio, englobando então outra dimensão da assistência, em que a proximidade com o hábitat do paciente traz à tona uma série de outros problemas, que, embora sempre tenham existido, nunca estiveram tão próximos dos prestadores de assistência. Por outro lado, também apareceram outras soluções, não pensadas ou já esquecidas. Ao mesmo tempo, desmistificou-se de certa maneira a questão da complexidade de uma série de atos associados ao ambiente hospitalar.

Nos Estados Unidos, esse tipo de serviço é prestado por diferentes instituições, contando com a cobertura de boa parte dos seguros-saúde. Além disso, enfatiza muito a atuação de enfermeiros, reduzindo a atuação médica e apontando para uma relação de parceria diferente entre essas duas categorias no cuidado à saúde para os próximos anos (e conseqüentemente para necessidades na educação dos dois profissionais, que já começam a gerar movimentos de mudança em algumas universidades). Também se torna necessário envolver cada vez mais o paciente e seus familiares no seu cuidado. Para isso, maior educação dos leigos em relação à saúde se faz imprescindível.

No Brasil, apesar do baixo interesse e do conhecimento incipiente a respeito dos custos hospitalares, a certeza do valor irrisório das internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde estimula a alta precoce, principalmente nos prestadores privados. Se as internações não fossem necessárias (outra realidade possível), o maior efeito seria sobre as estatísticas, mas com freqüência a alta precoce deveria ser seguida de algum acompanhamento do doente, sob pena de este ter que ser reinternado e custar ainda mais caro para quem dele se ocupar num segundo momento – nesse caso, quase sempre algum serviço público. O município como gestor local tem providências a tomar no caso. A preocupação crescente com os resultados da assistência médica também concorre para a valorização desse modelo.

A longa tradição do modelo de saúde hospitalocêntrico oferece alguns obstáculos à adoção dessa idéia. Qual a complexidade dos procedimentos cabíveis na realidade domiciliar? Onde está o limite entre o campo hospitalar e o domiciliar? Como saber que pacientes se beneficiariam com esse tipo de atendimento?

Relataremos a seguir dois exemplos brasileiros:

1. *Londrina – Programa Médico de Família/Internação Domiciliar*: tem por objetivos a otimização da utilização dos leitos hospitalares, a humanização do atendimento, a maior integração entre as entidades hospitalares e os serviços públicos, a diminuição dos índices de infecção hospitalar e a racionalização dos gastos. Conta com equipes externas compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem que atuam em cinco regiões da zona

urbana do município. As equipes deslocam-se em veículos equipados com sistema de telefonia celular de comunicação e levam todo o suporte para o atendimento – de oxigenioterapia a equipamento para fisioterapia. Existe ainda uma equipe centralizada de suporte às atividades com a presença de nutricionista, psicólogo, assistente social e pessoal administrativo. Para que o atendimento seja iniciado é preciso encaminhamento realizado pelas instituições de saúde do município, a partir de avaliação médica.

2. *Santos – Programa de Internação Domiciliar (PID)*: criado em 1992, sua intenção era fornecer assistência médica e de enfermagem no domicílio, sendo enfatizado o seu caráter não caritativo ou paternalista. Até 1996, contava com quarenta profissionais entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, oficiais administrativos e motoristas. Apresenta-se dividido em três núcleos, em áreas distintas da cidade. Conta ainda com um quarto núcleo, o PID-AIDS, ligado ao Centro de Referência em AIDS. Existem ainda o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), realizado pelas policlínicas para pacientes com dificuldade de locomoção, o Programa de Odontologia Domiciliar e o de Fisioterapia Domiciliar. Todos esses programas relacionam-se continuamente. O coordenador de campo carrega um *bip*. Os procedimentos realizados são variados, também envolvendo oxigenioterapia e terapêutica endovenosa. São atendidos pacientes com câncer, AIDS, derrames, etc.

O programa propiciou uma mudança importante de relacionamento entre a equipe e os familiares. Boa parte dos atendidos são idosos, e o programa exige a existência de um cuidador que se responsabilize pelo doente em casa. A permanência média no programa é de sessenta dias e a taxa de mortalidade média, de 8%. Devem ser aqui consideradas as peculiaridades da população atendida. Dada a motivação provocada pelo programa, surgiu a AUPID, entidade da qual participam familiares, ex-usuários e profissionais, entre outros, que tem por objetivo a construção de uma rede de suporte social e controle de qualidade das atividades.

Nesse caso, os custos não ultrapassam 20% do custo de uma diária hospitalar em leito simples – R\$ 27,39 em 1996. O movimento diário corresponde a um hospital de noventa leitos.

Essa nova tendência, num momento em que tudo aponta para o aumento crescente de consumo de tecnologias, sem contar a preocupação com a humanização do atendimento, com o provimento de conforto, solidariedade, etc., traz importantes fatores a serem considerados, que acabam por reforçar o apelo da racionalidade de recursos. No entanto, para que esse modelo possa ser fortalecido e expandido é necessária uma avaliação contínua de seus processos e resultados, para tentar demonstrar suas reais eficiência, eficácia e efetividade. De qualquer maneira, uma série de financiadores privados já vêm adotando esse tipo de programa e divulgando-o. Apenas não são conhecidos os critérios de inclusão. Cabe perceber a diferença entre cuidados no domicílio e internação domiciliar.

O primeiro busca não tirar o paciente de seu entorno habitual, exceto quando for imprescindível para influir na sua sobrevivência/qualidade de vida; o segundo tenta suprir a falta de leitos de fato, internando o paciente no domicílio.

QUALIDADE E RECURSOS HUMANOS

O gerenciamento da qualidade envolve de modo marcante as pessoas da organização, seja por depender da participação delas, seja por espelhar em seu resultado o potencial do grupo envolvido. Gestão participativa implica distribuir as responsabilidades e, ao mesmo tempo, dar voz aos indivíduos da organização. As recentes abordagens gerenciais falam coisas semelhantes utilizando termos diferentes, sendo que em todas elas o indivíduo vem sendo insistentemente, pelo menos na teoria, valorizado.

Empowerment significa fortalecimento de indivíduos, isto é, aumento de sua capacidade para desempenhar funções em relação às quais não estavam anteriormente habilitados, nem enquanto conhecimento técnico, nem enquanto relações intra-organizacionais. Um sinônimo desse termo é “energização”. Não significa aqui somente a passagem de poder, mas sim fornecimento aos indivíduos dos meios necessários para a sua atuação. Nesse sentido, o gerenciamento participativo, um dos tripés do GQT, nada mais é do que a transferência aos níveis hierárquicos inferiores de espaço para opinar sobre os rumos da instituição, mesmo em se tratando do nível local (setorial), dentro da realidade de atuação do indivíduo.

Esse novo tipo de modelo, que reforça a gestão compartilhada, não significa apenas a já complexa divisão de poder. À medida que as pessoas vêm crescer sua responsabilidade, em geral se sentem mais integradas no ambiente de trabalho, aumentando assim seu compromisso individual perante a instituição. Contra as expectativas daqueles que acreditam em centralização de autoridade, esse tipo de gestão pode propiciar o fortalecimento das instâncias superiores, muito provavelmente por conta do fortalecimento individual geral.

De certa forma, *empowerment* representa ouvir os indivíduos, respeitá-los e considerá-los como co-partícipes, responsáveis pelo desenvolvimento organizacional. Hoje, parece evidente a necessidade de ouvir muito mais do que antigamente, de maneira a alcançar um desenvolvimento harmônico, para que as lições aprendidas sejam compartilhadas e para que cada vez mais indivíduos se beneficiem através da disseminação da informação.

Passos tradicionalmente considerados como necessários:

- *Estabelecer objetivos*: para fortalecer os indivíduos, é preciso que os objetivos a serem atingidos pela instituição estejam claros a todos. Diante disso, os mais inovadores, criativos e aptos para a mudança serão os priorizados.
- *Fortalecer as pessoas*: diante de objetivos claros, é preciso fornecer às pessoas os recursos e informações necessários para o seu desempenho

adequado. Além disso, é fundamental o apoio para que elas possam atuar livremente. Toda (pequena) vitória deve ser comemorada. O incentivo pessoal é fundamental. É preciso investir nas pessoas, na sua formação técnica específica e pessoal mais geral, embora esse tipo de gasto não seja visto habitualmente como um investimento que traz retorno mensurável.

- *Atualizar os indivíduos:* para que as pessoas acompanhem ou até mesmo estejam à frente das mudanças necessárias, é preciso que o processo de mudança se dê de forma lenta e gradual. Cada etapa deve ser cuidadosamente vivenciada, e os problemas deverão ser processados de forma a serem “quebrados” em unidades menores de problemas ou de fatos. A renovação organizacional passa pelos indivíduos e, portanto, eles têm que participar desse processamento.
- *Resultados e processos:* mudanças podem falhar. Para evitar falhas, é preciso que os gerentes estejam envolvidos no processo e não apenas preocupados com os resultados. Há sempre um longo caminho a percorrer até alcançar um objetivo e nem todos os planos são bem sucedidos. Daí a necessidade de traçar trajetórias analisando suas probabilidades de êxito.
- *“Dicas” para a renovação e para a mudança:* não basta promover uma única mudança e achar que ela está garantida. A visão de longo prazo exige modificações contínuas e um trabalho árduo. Entra aqui a idéia da melhoria contínua da qualidade, ou seja, um processo com objetivos definidos, constituído de pequenas etapas, mas nunca terminado: há sempre algo que requer aperfeiçoamento (Curtis, 1994).

QUALIDADE DE VIDA

Desde a década de 40, observa-se um interesse crescente na abordagem da qualidade de vida, e, a partir do fim da década de 70, a preocupação com o tema passou a fazer parte não apenas do mundo acadêmico, mas também da agenda da saúde, de forma cada vez mais marcante. As definições de saúde, desde aquela dada pela Organização Mundial de Saúde, caracterizando tratar-se de “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1958), apontam para essa mudança de paradigma. A Constituição brasileira de 1988 também aponta para a mesma direção, associando saúde ao cumprimento de uma série de direitos de cidadania. Ocupa cada vez mais espaço o conceito de qualidade de vida, inclusive nos últimos relatórios da OMS, e, principalmente, observando-se algumas tendências, como a de fugir progressivamente dos grandes aglomerados urbanos, a luta por semanas de trabalho mais curtas, a retomada da vida em família, entre outras.

Muitas podem ser as definições de qualidade de vida, uma vez que o conceito é abrangente e bastante elástico. Se a obtenção de consenso na definição não é tarefa fácil, ainda mais árdua é a discussão sobre como medi-la.

Wegner propôs uma definição tridimensional: capacidade funcional, percepção e sintomas, subdivididos em rotina diária, funcionamento social, intelectual e emocional, *status* econômico e de saúde, bem-estar, satisfação com a vida e sintomas relacionados a doenças. Spilker sugere quatro categorias: estado físico e habilidades funcionais, estado psicológico e bem-estar, interações sociais e *status* econômico.

Essas são apenas duas das várias definições que acabam por apontar para os diversos aspectos a serem considerados quando se tenta compreender a complexidade do termo ou suas implicações. Para construir a noção do que dá qualidade à vida é preciso transitar nas várias esferas do indivíduo e das organizações, sem o que essa construção resulta incompleta. A imprecisão do conceito também pode estar relacionada à natureza qualitativa de muitos dos seus aspectos, mas, se considerada a dimensão quantitativa envolvida, sua imagem pode se tornar mais clara. Dados como sobrevida, expectativa de vida e mortalidade são resultados não muito sensíveis, porém importantes, da qualidade de vida. No entanto, ainda se debate sobre como garantir que os anos a mais obtidos tenham qualidade. Essa é uma das grandes questões para as decisões referentes à tecnologia. Por exemplo, embora o indicador mortalidade infantil ainda reflita condições sociais (inclusive de acesso a serviços que pudessem reduzi-la), já recebe a influência da tecnologia utilizada sobre a criança. Com isso, cabe analisar as condições de vida da criança que não morreu no primeiro ano de vida devido à intervenção de algum equipamento de alta complexidade ao cabo de um período para saber se o aumento do número de anos teve a ver com vida de qualidade.

Trata-se do fortalecimento da concepção social da qualidade de vida, para a qual passam a ser considerados vários indicadores que refletem diversos aspectos envolvidos (Papageorgiou *apud* Forattini):

- *ambientais*: qualidade da água, do ar e do solo, domesticação e domiciliação, acidentalidade;
- *habitacionais*: disponibilidade espacial e condições de habitação;
- *urbanos*: concentração populacional, comunicação, transporte, segurança, poluição;
- *sanitários*: assistência médica, morbidade, mortalidade;
- *sociais*: sistemas de classes, nível sócio-econômico, consumo, necessidades, sexualidade, condições de trabalho, lazer, sistema político-administrativo.

Pode-se então falar em fatores determinantes da qualidade de vida (Hornquist *apud* Forattini):

- *orgânicos*: saúde e estado funcional;
- *psicológicos*: identidade, auto-estima, aprendizado;
- *sociais*: relacionamento, privacidade, sexualidade;
- *comportamentais*: hábitos, vida profissional, lazer;
- *materiais*: economia privada, renda, habitação;
- *estruturais*: posição social, significado da própria vida.

A incorporação da preocupação com a qualidade de vida na área da saúde de forma mais abrangente deu-se a partir do impacto da transição epidemiológica, com o crescimento da população mais idosa e a importância crescente das doenças crônico-degenerativas frente às infecto-contagiosas. Uma das características de países do Terceiro Mundo é a convivência de ambas entre os males que mais afligem a população. A abordagem desses aspectos, antes limitada à epidemiologia, dentro da visão de saúde, e mais recentemente à oncologia, dentro da visão de doença, vai aos poucos se espalhando dentro do mundo da saúde, reforçando a noção da multicausalidade, promovendo assim, mesmo que de maneira forçada, a percepção da interação dos diversos setores. Apesar das desigualdades, o desenvolvimento tecnológico permitiu sensível modificação na quantidade e na qualidade de vida das populações. Isso pode ser dito também em relação à saúde, fazendo com que os dados quantitativos isoladamente não mais sejam satisfatórios. Aumento da expectativa de vida, entre outros aspectos, não é suficiente, assim como o simples acesso a serviços de saúde. É preciso que por trás desses números exista consistência. Ou seja, não basta viver, é preciso viver bem.

Para compreender a abrangência e a importância do tema, é necessário aproximar-se das expectativas do paciente, diminuir o abismo entre a visão dos provedores de saúde e dos demais envolvidos no que possa vir a ser a qualidade de vida do cidadão e, ainda, reconhecer que cada paciente é antes de tudo um cidadão. Para os que traçam as políticas públicas não é possível deixar de considerar as análises de custo/benefício e de custo/utilidade inerentes à complexidade da qualidade de vida.

Vale lembrar aqui os conceitos das análises citadas:

- *custo/benefício*: forma de avaliação econômica que atribui valor em termos monetários para os benefícios ou resultados obtidos;
 - *custo/utilidade*: utilidade refere-se à sensação subjetiva de bem-estar observada nos diferentes estados de saúde, podendo ser mensurável via questionários específicos;
-

- *custo/efetividade*: análise utilizada quando diferentes procedimentos técnicos levam a diferentes resultados, e estes podem ser mensurados. A cada procedimento correspondem um resultado e ainda um custo.

Hoje, considera-se a análise de custo/utilidade para relacionar o custo de uma intervenção à qualidade ajustada de anos de vida obtidos a partir dessa intervenção. Por outro lado, boa parte dos pacientes optam por tratamentos que lhes ofereçam melhor qualidade de vida, mesmo que isso implique reduzida sobrevida. Consta que no futuro um dos papéis do profissional será apresentar para os pacientes quais os cenários que eles terão frente às diferentes possibilidades de tratamento, custos, efeitos colaterais. A decisão caberá à dupla paciente/profissional, com ênfase no componente paciente.

A mensuração da qualidade de vida deve incluir padrões externos, além da abordagem individual. Há questionários desenvolvidos para determinados grupos de pacientes, já validados para pacientes brasileiros, aplicáveis sobretudo a portadores de doenças crônicas.

Para fins deste manual, a promoção da saúde e programas envolvendo a qualidade de vida têm objetivos semelhantes. Assim sendo, pode-se falar em programas direcionados ao indivíduo ou ao ambiente. Dentro dessa perspectiva, além das indispensáveis medidas coletivas e populacionais, com a ampliação do conceito, também é possível atuar individualmente por meio da educação, que também aqui desempenha papel relevante, no sentido de fornecer aos cidadãos meios, instrumentos, habilidades e o cultivo de valores que permitam melhor qualidade de vida.

Alguns aspectos referentes à educação poderiam aqui ser ressaltados, todos visando promover melhorias sobretudo a longo prazo. Com isso, pode-se pensar no envolvimento de organizações voltadas para a educação formal, grupos de suporte para população de risco, passando pela modificação do sistema (hoje, nitidamente, um sistema de doença), para transformá-lo num verdadeiro sistema de saúde, chegando até mesmo a atuar no meio ambiente de modo global.

MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS

Aos poucos o setor da saúde vem se dando conta de que, para construir um sistema de saúde e não de doença, é preciso agir a tempo, para não ter como espaço de atuação somente a doença já estabelecida. Para conseguir resultados junto aos componentes que interferem na saúde e, portanto, na vida das pessoas, é preciso olhar ao redor, reconhecer que a Medicina pode resolver apenas parte dos agravos à saúde, compreender a importância do ambiente com o qual o indivíduo interage e todos os fatores que interferem na sua vida, comprometendo sua qualidade. Considerando que as áreas urbanas abrigam contingentes populacionais crescentes, não se pode deixar de tentar interferir nessa realidade, ainda que aqui se coloque um grande desafio.

O crescimento desordenado das cidades, a acomodação populacional caótica e a pobreza fazem aumentar a preocupação com a qualidade de vida no meio urbano. A preocupação com essas questões certamente não é nova, tendo se manifestado desde a primeira metade deste século. No entanto, em busca de uma data mais reconhecível, pode-se dizer que a partir da realização da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde (Ottawa, 1986) surgiram propostas de intervenção em saúde com a visão multissetorial e de promoção de saúde. Nasce, então, a proposta de Cidade Saudável:

“Uma cidade saudável é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social, utilizando os recursos de sua comunidade com o objetivo de permitir a seus cidadãos uma aptidão mútua em todas as atividades humanas que levem a sua plena realização” (Duhl e Hancock *apud* Ferraz).

Para a OMS os objetivos principais são o reforço do papel dos governos locais, no que se refere às intervenções de saúde pública, e ainda o estímulo à adoção de uma política de saúde para todos nas cidades. São duas as dimensões do projeto:

1. O projeto deve ser elaborado pela cidade de modo a adequar-se a sua realidade.
2. A colaboração entre as cidades é estimulada, propiciando assim intercâmbio entre os diferentes modelos.

Esse tipo de intervenção requer ações intersetoriais que devem contemplar:

1. Ações centradas sobre o meio ambiente, sobretudo saneamento de regiões carentes, tratamento dos resíduos sólidos e a qualidade do ar;
2. desenvolvimento de serviços de saúde nos distritos sanitários;
3. Ações de controle e prevenção de doenças específicas não cobertas pelos programas do sistema nacional de saúde, promoção de modo de vida sadio, defesa de políticas sociais e de saúde mais saudáveis, ou seja, essa visão implica certa harmonia no crescimento econômico, social e político das cidades.

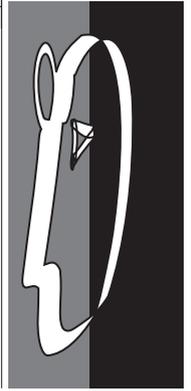
Entre aqueles que trabalham com esse tipo de projeto costuma haver uma forte crença de que eles não devem estar centrados em secretarias da Saúde, pois os técnicos dessa área, notadamente os médicos, resistem a reconhecer as limitações de seu conhecimento no sentido de melhorar a saúde das populações. Mesmo assim, entre alguns dos modelos mais conhecidos há aqueles sediados em secretarias da Saúde e outros em unidades mais voltadas para o planejamento urbano.

Várias são as cidades envolvidas com Municípios Saudáveis, sob diferentes linhas ou marcos conceituais, sobretudo na Europa, Canadá e Austrália. Da rede européia participam cidades como Rennes, Copenhague, Milão, etc., e no Canadá

destacam-se Toronto e Quebec. Esses projetos apresentam obviamente grande diversidade. Alguns exemplos: acesso à moradia, ações de intervenção no meio ambiente, atividades relativas a produtos domésticos tóxicos, espaços verdes, políticas de saúde, abuso de drogas, crime, acidentes domésticos e nas estradas, atividades físicas, atenção ao idoso, intervenções em escolas, etc.

O projeto já conta com a participação de alguns municípios brasileiros, – Curitiba, Diadema, Fortaleza, Jundiá, Ribeirão Preto, Santos, entre outros. Apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas para sua implantação, algumas características da realidade brasileira propiciam a disseminação dessa idéia, como a própria Carta de 88 com a descentralização político-administrativa, a concepção do modelo SILOS (Sistemas Locais de Saúde) de fortalecimento do poder local, a preocupação com a intersetorialidade das ações e com a qualidade de vida. Na verdade, apesar de haver relativamente poucas adesões de fato, já há manifestação de muitos interessados.

Entre os órgãos que têm apoiado esse tipo de proposta estão a OPAS, que tem um interlocutor específico para o assunto, a Fundap, a FSP/USP, a Fundação Getúlio Vargas/EAESP (tanto pelo seu centro de gestão municipal quanto pelo seu centro voltado à saúde – PROAHSA), e associações de municípios. Na oficina de trabalho sobre o assunto realizada durante o Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em agosto de 1997, chamou atenção a quantidade de representantes de instituições e de municípios interessados, fazendo crer que é chegado o momento de incentivar o movimento, porque muito da sensibilização já foi realizada. Cabe lembrar que se trata de atividade tipicamente de política pública, em que saúde, por mais importante que seja, é apenas mais um componente.



INDICADORES

// Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo” (Rouquayrol, 1993).

Em 1952, a Organização das Nações Unidas convocou um grupo de trabalho com a finalidade de estudar métodos satisfatórios para definir e avaliar o nível de vida de uma população. Esse grupo concluiu não ser possível utilizar um único índice que traduza o nível de vida de uma população; é preciso empregar abordagem pluralista, considerando-se, para tanto, vários componentes passíveis de quantificação. Doze foram os componentes sugeridos: saúde, incluindo condições demográficas; alimentos e nutrição; educação, incluindo alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação em matéria de emprego; consumo e economia gerais; transporte; moradia, com inclusão de saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social, e liberdade humana. A definição de saúde da nossa Constituição de 1988 também transcende a área estrita da saúde.

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles, e ainda a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilitam sua compreensão.

Para a Organização Mundial da Saúde, esses indicadores gerais podem subdividir-se em três grupos:

1. Aqueles que tentam traduzir a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis.
2. Aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico.
3. Aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas em relação a determinada população (R. Laurenti e cols., 1987)

Dadas as inúmeras definições de saúde, a imprecisão delas e a dificuldade de mensurá-la, os indicadores mais empregados têm sido aqueles referentes à ausência de saúde – razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças específicas. Esses indicadores são bastante abrangentes, embora tenham sido utilizados para comparar países em diferentes estágios de desenvolvimento econômico e social. Há necessidade de desenvolvimento de indicadores mais específicos e capazes de traduzir com fidedignidade a realidade e complexidade da saúde, apontando, quando necessário, aspectos de maior interesse para uma dada realidade.

Considerando-se os serviços de saúde em geral, é possível empregar indicadores que analisem as várias dimensões da qualidade propostas por Donabedian (os sete pilares) – eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O enfoque tradicional considera principalmente a estrutura, objeto muito mais fácil de ser caracterizado, avaliado e medido. A ênfase nos indicadores de resultados da assistência sempre foi uma aspiração, mas esbarrava na necessidade de definição sobre como construí-los. Sabe-se que resultados guardam íntima relação com os processos, mas esse conhecimento não basta para identificar indicadores apropriados.

Cabe aqui ainda a definição de indicadores para a assistência médica: “Indicadores são medidas quantitativas de qualidade relacionadas a estrutura, processo e resultado da atenção médica ” (Novaes, 1996).

Indicadores podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade. Ainda hoje, determinações precisas da qualidade da assistência carecem de revisões sistemáticas, tanto de processos quanto de resultados. Conceitos como os de boa prática, por mais clara que seja sua compreensão, são interpretados de maneiras diferentes. Há mais de uma boa prática possível e não se pode esquecer que o emprego da boa prática não garante resultados adequados/satisfatórios.

CARACTERÍSTICAS

Indicadores muitas vezes são apresentados sob a forma de taxas, e existe um intervalo definido para a vigilância de cada indicador. Alguns indicadores referem-se a eventos corriqueiros e outros a eventos indesejáveis, que nunca deveriam ter ocorrido – são os eventos sentinela (exemplo: casos de hepatite A repetidas vezes num mesmo bairro, queda de leito).

Os indicadores avaliam estrutura, processo e resultado da assistência médica. Relembrando as definições de Donabedian, estrutura refere-se a planta física, recursos humanos e materiais disponíveis e características organizacionais da instituição; processos dizem respeito às atividades desenvolvidas na assistência médica propriamente dita; resultado significa o produto final da assistência, isto é, envolve, além da satisfação do paciente, o impacto do tratamento sobre o estado de saúde do paciente.

Para Laurenti e colaboradores, há pré-requisitos a observar quando da construção e seleção de indicadores:

- existência e disponibilidade de dados;
- definições e procedimentos empregados para construir esses indicadores devem ser conhecidos, de modo a possibilitar comparação entre localidades ou organizações diferentes, ou na mesma, em períodos distintos;
- construção fácil, interpretação simples;
- reflexo do maior número possível de fatores que reconhecidamente influem no estado de saúde;
- poder discriminatório, possibilitando comparações.

O indicador ideal deve detectar o maior número de casos em que existe um problema (no caso) de qualidade e o menor número de casos possível em que haja problema de qualidade. Ou seja, preferencialmente o indicador deve apresentar alta sensibilidade e alta especificidade. Exemplo: alta rotatividade de profissionais num determinado serviço de saúde.

O indicador deve ser escolhido de modo a apontar problemas de qualidade relevantes para os tomadores de decisão ou para os envolvidos na situação em estudo. Exemplo: elevado número de atestados de óbito por causa mal definida.

Para cada realidade é preciso examinar os indicadores mais apropriados, para atender às necessidades daquele serviço. A sua escolha deve basear-se ainda na aprovação do grupo que deverá utilizá-los, isto é, em se tratando de um indicador clínico, deverá atender às expectativas dos médicos da especialidade; caso se refira à assistência à saúde, deverá ser escolhido e aprovado pelo grupo de sanitaristas envolvidos.

Especialistas reconhecidos e considerados legítimos deverão participar da seleção de indicadores em cada uma das áreas abordadas. Com isso, pretende-se

que os indicadores, passando pelo crivo técnico-científico, possam ser mais facilmente aceitos pela equipe.

SELEÇÃO, DESENVOLVIMENTO E MONITORAMENTO DE INDICADORES

Usa-se dizer que os indicadores a serem selecionados devem obedecer aos pré-requisitos citados anteriormente e observar as características descritas. Da mesma forma, dificilmente monitorar indicadores será a primeira atividade a se desenvolver no início de um trabalho baseado no gerenciamento da qualidade. Normalmente, é preciso passar por processos anteriores, de modo a alcançar um patamar mínimo em termos de familiaridade com as ferramentas e práticas sugeridas por esse tipo de gerenciamento, para, num momento posterior, realizar o acompanhamento do trabalho iniciado através de indicadores. No entanto, o desenvolvimento de indicadores ou de práticas de monitoramento pode ser iniciado assim que parecer conveniente, sendo os “pré-requisitos” introduzidos a qualquer momento do processo.

Dada a ênfase dispensada à assistência médico-hospitalar, verifica-se com maior frequência o uso de indicadores para avaliação da qualidade da assistência prestada no âmbito hospitalar. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations recomenda, na avaliação da assistência médica, que sejam consideradas as seguintes funções para a construção de indicadores:

- *Atenção ao paciente*: direitos do paciente e ética profissional, avaliação dos pacientes, tratamento dos pacientes, informação dada aos pacientes e familiares, coordenação da atenção.
- *Funções da instituição*: liderança, gestão da informação, gestão de recursos humanos, gestão do ambiente de atenção médica, vigilância, prevenção e controle de infecções, melhoria do desempenho profissional.
- *Estruturas com “funções importantes”*: corpos diretivos, gerência e administração, pessoal médico, enfermeiros.

Muitos são os dados e os indicadores disponíveis. No entanto, nem sempre eles atendem às necessidades específicas de uma determinada realidade. Nesse caso, será preciso fazer um levantamento minucioso dessa dada realidade e, a partir dela, desenvolver indicadores mais adequados para um uso específico. No entanto, a quantidade de indicadores já existentes é impressionante. Talvez fosse útil procurar saber o que já existe, utilizando um dos preceitos das teorias da qualidade, o do conhecimento profundo acerca da realidade.

Um exemplo pode ser dado a partir do registro de eventos adversos da assistência, isto é, eventos que não deveriam ocorrer. Para efeito de conhecimento de sua existência e características, faz-se um levantamento dos acontecimentos utilizando seu registro. A seguir, após verificação do impacto deles sobre o resultado final da assistência, conclui-se a respeito da sua especificidade e da

necessidade ou não de desenvolver nova metodologia de coleta de dados e desenho de indicadores distintos daqueles já existentes.

Idealmente, a opção por monitorar indicadores deve ser feita após o levantamento de problemas e durante a implementação de possíveis soluções. Por exemplo, no caso do monitoramento de taxa de infecção hospitalar, vale lembrar que isso costuma ser feito após o início das atividades de um serviço de controle de infecção hospitalar. Isto é, um passo fundamental e básico é dado anteriormente, de modo a permitir o uso de indicadores, e que este se torne uma das estratégias que garantam a continuidade do trabalho.

INDICADORES E TOMADA DE DECISÃO

Para que um indicador possa ser utilizado na tomada de decisão é preciso conhecer o que está por trás dele: o que ele mostra, o que ele esconde e qual a sua fidedignidade. Dificilmente um indicador, de forma isolada, será capaz de dar conta da realidade; é muito mais provável que um grupo deles, juntos, espelhe uma determinada situação. Assim sendo, ao olharmos a taxa de cesáreas de um determinado município, não basta apenas verificar se ela é “alta” ou “baixa”, mas é preciso saber ainda em que condições os partos normais se dão e qual a taxa de mortalidade perinatal, para se ter idéia do acerto das indicações.

Para garantir o acesso a um conjunto de indicadores, sobretudo no que diz respeito ao apoio à decisão, é fundamental a existência de sistema de informação capaz de propiciar maiores e melhores elementos para a construção e uso de indicadores. Dados simplesmente não correspondem à informação, devendo ser trabalhados para permitir que deles sejam extraídas as informações necessárias. Pensar hoje no emprego de indicadores como uma boa ferramenta de gestão implica necessariamente acesso a dados e facilidade no seu manuseio.

INDICADORES E AVALIAÇÃO

Indicadores de estrutura

Avaliação tecnológica

A avaliação tecnológica em saúde tem sua origem na racionalização do uso das tecnologias, dados os crescentes custos e recursos escassos. É preciso assim combinar os objetivos, os recursos econômicos disponíveis e as necessidades.

Avaliação de tecnologia em saúde é uma forma de pesquisa de cunho político-econômico que examina conseqüências sociais, econômicas, éticas e/ou legais a curto e a longo prazo da utilização/incorporação de determinada tecnologia. O ponto inicial para sua realização encontra-se no planejamento, a partir de critérios que levem ao delineamento de políticas e à tomada de decisão. Para tanto, é preciso considerar as conseqüências das tecnologias, as crescentes necessidades de cuidados de saúde e as rápidas transformações tecnológicas.

A finalidade é verificar os efeitos da introdução de determinada tecnologia, de sua extensão ou modificação, enfatizando sobretudo os impactos esperados e os inesperados, indiretos ou prolongados.

A tomada de decisão em tecnologia de saúde ocorre em duas esferas. Inicialmente, na esfera do planejamento, isto é, considera quais serão as tecnologias disponíveis e como elas estarão distribuídas – hospitais mais complexos, rede como um todo, centralizadas em alguma região ou descentralizadas, procedimentos, etc. A outra esfera de decisão é a clínica, ou seja, como e quando uma tecnologia deve ser empregada. Aí, além da pertinência terapêutica, são também discutidas a implicação econômica e a ética da utilização ou não de determinado recurso (acesso disponível ou restrito).

Essa avaliação deverá compreender elementos culturais, sociais, econômicos, legais e políticos: é preciso analisar as necessidades dentro da sua realidade específica. As tecnologias a serem avaliadas são, entre outras, os medicamentos, os equipamentos e correlatos, os procedimentos médico-cirúrgicos e o sistema organizacional e de apoio. Assim, trata-se de tecnologias incorporadas (em produtos) e não incorporadas (em conhecimento, como nos procedimentos). Os usuários das informações decorrentes do processo avaliatório podem ser os formuladores de políticas, as indústrias de desenvolvimento de produtos, os profissionais de saúde e os próprios consumidores. Nesse caso, o processo tem como âmbito a sociedade.

A responsabilidade por esse tipo de avaliação poderá ser atribuída a todos os tomadores de decisão envolvidos direta ou indiretamente no setor da saúde, em diferentes níveis, através de ações coordenadas e integradas. Muitos países desenvolvidos utilizam esse tipo de procedimento, enfatizando diferentes aspectos, desde a segurança e eficácia do emprego da tecnologia até os critérios da boa prática médica, entre outros.

Algumas diretrizes deverão ser consideradas quando do desenho de uma estratégia nacional para contemplar as demandas e ofertas em ciência e tecnologia:

1. Ganhos para a saúde com a incorporação tecnológica, seja em termos de redução de morbimortalidade, da melhoria da qualidade de vida ou da diminuição dos anos potenciais de vida perdidos.
2. Alcance populacional da incorporação tecnológica, através da identificação de sua extensão, potencial na promoção de saúde, prevenção ou tratamento de doenças.
3. Impacto na redução da desigualdade em saúde nos diferentes grupos sociais e regiões.

Um exemplo pode ser dado através do mapeamento por grupo populacional e objetivos em política de saúde:

Quadro 10
Análise de alternativas de investimento em saúde

DIRETRIZ	OBJETIVOS	INVESTIMENTO PRIORITÁRIO	
		INCORPORAÇÃO/ DISPONIBILIDADE	GERAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA
Melhorar e proteger a saúde infantil	Proteger as crianças de doenças evitáveis por vacinação	Vacinas de rotina	Novas vacinas Novas estratégias
Melhorar e proteger a saúde do adolescente	Prevenir e tratar a AIDS	Educação Camisinha Controle de sangue e hemoderivados Reagentes Kits para diagnósticos	Vacinas Novas drogas
Melhorar e proteger a saúde do adulto	Prevenir e tratar as neoplasias pulmonares e digestivas associadas ao fumo e ao álcool	Educação Modelos epidemiológicos Prevenção no local de trabalho Estratégias de quimioterapia	Novas drogas Novos equipamentos
Melhorar e proteger a saúde do idoso	Reduzir a mortalidade e deficiência física por acidentes e quedas	Educação Dispositivos de segurança	Novos equipamentos de prevenção
Melhorar e proteger a saúde do índio	Reduzir a mortalidade por doenças transmissíveis	Vacinas Fitoterapia Drogas Estudos antropológicos	Kits apropriados ao transporte de equipamentos na selva Adaptação da tecnologia à história antropológica desse grupo étnico

Fonte: C. A. Possas. "Prioridades Sanitárias, Ciência e Tecnologia". In *Anais da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 24-28 de outubro de 1994, pp. 243-257.

Avaliação da capacidade instalada

A avaliação da capacidade instalada se refere a diagnosticar o potencial de estrutura com o qual se conta numa dada localidade ou serviço. É utilizada tanto para calcular a produtividade potencial quanto às possibilidades de aumento ou de instalação de novos programas. Costuma ser aferida em termos

de *check-lists*, nos quais se contam número de salas, leitos, unidades, equipamentos, etc. Com frequência, essa análise desconsidera alguns elementos críticos, como horário de funcionamento, basicamente dependente do pessoal contratado para a realização dos trabalhos. Por exemplo, um centro cirúrgico pode ter salas utilizadas 24 horas por dia, numa unidade de emergência ou num hospital privado cujos cirurgiões optem por realizar intervenções em horários pouco convencionais, de oito a doze horas por dia em unidades em busca de aumento de produtividade ou quatro horas por dia em alguns serviços públicos nos quais os médicos não estejam presentes além dessa carga horária. A existência ou não de pessoal contratado, em número e com a qualificação requeridas, interfere na capacidade instalada, no mínimo apontando para necessidades de contratação ou de treinamento.

A mesma abordagem pode ser feita para serviços nos quais se queira implantar um programa novo. É necessário saber não apenas se existem consultórios em número suficiente, mas também se há gente para cumpri-los. Uma das questões mais trabalhadas para populações menos afeitas às discussões do setor da saúde, por exemplo, é: se o número de leitos de determinado país, Estado ou município é ou não suficiente. Neste caso, sempre a questão mais importante é: “suficiente para fazer o quê”. Países como o Canadá estão sendo citados como exemplos de locais em que a política preconiza a redução de leitos, que estão sendo substituídos por outras modalidades de assistência. No Brasil, há municípios nos quais ainda se quer construir leitos, em vez de, eventualmente reorientar os já existentes.

Por outro lado, também cabe observar as condições físicas desses serviços. Não se pode ignorar que infiltrações no edifício, falta de manutenção, infraestrutura hidráulica e elétrica são importantes na real disponibilidade da estrutura existente.

Raciocínio análogo deve ser utilizado para a questão de equipamentos. Quanto à alta complexidade, os indicadores de existência de tomógrafos ou de ressonâncias magnéticas por população do Brasil estão entre os maiores do mundo. No entanto, as perguntas que cabe fazer se referem a: para quem eles estão disponíveis (se para a população SUS ou não, lembrando que, oficialmente no Brasil, até o início de 1998, o SUS não remunerava exames de ressonância magnética, embora se compute entre as estatísticas desse sistema os exames desse tipo realizados) e em que condições de obsolescência e manutenção eles se encontram, e se onde eles estão de fato há profissionais habilitados para operá-los.

Indicadores de processo

Processos administrativos

De um modo geral, podem ser estabelecidas normas a serem seguidas a partir do estudo da racionalidade dos processos, isto é, considerando-se a maneira mais adequada de se fazer algo, desde a recepção do paciente em um serviço

de saúde, por exemplo, até o momento de sua alta, passando pela melhor maneira de se realizar todos os processos desenvolvidos nesse período de atendimento. Pode envolver normas para administração de pessoal, de materiais, contábil, etc. Para garantir que essas normas sejam continuamente seguidas, pode-se lançar mão da certificação do seguimento dessas normas previamente estabelecidas (como é o caso da certificação pela ISO). Nesse caso, o serviço estabelece suas próprias normas para o desenrolar de um determinado processo e a ISO nada faz além de verificar o seguimento do padrão estabelecido.

Diretrizes clínicas

Diretrizes clínicas são protocolos desenvolvidos sistematicamente para apoiar a decisão do profissional e do paciente sobre o cuidado médico apropriado para lidar com determinada situação clínica. Assim, essas diretrizes acabam por fornecer as diferentes alternativas em termos terapêuticos, com o objetivo de proporcionar o melhor desempenho possível.

Essas diretrizes podem ser estabelecidas tanto nacional quanto localmente, variando sobretudo o grau de especificidade de cada uma. No primeiro caso, elas refletirão uma visão ampla a respeito da boa prática envolvendo o problema considerado; no caso, o nível local se encarregará da sua operacionalização, bem como da sua adaptação. No Estado e no município, também é possível definir normas de conduta mais adequadas a cada realidade. Por exemplo, um número de consultas de pré-natal definido nacionalmente pode ser impossível de atingir em zonas rurais com problemas de acesso e com uma média muito abaixo da realizada em centros com demanda já organizada.

A variação da prática clínica desenvolvida a partir de diferentes realidades e espaços onde o ensino médico se desenrola é enorme. Suas implicações no resultado final da assistência são importantes e já se sabe que a variabilidade sem contenção leva a custos elevados e eventualmente a intervenções pouco eficazes. Por isso, convencionou-se considerar que o desenvolvimento de diretrizes clínicas ou protocolos tenderá a contribuir para assegurar que a melhor terapêutica existente e/ou disponível seja de fato empregada.

O profissional médico vem atuando de modo autônomo e defendendo sua autonomia sempre que possível. Por isso, inicialmente poderá rebelar-se diante dessa suposta imposição. Nesse caso, cabe recorrer às orientações e evidências existentes na literatura médica atualizada e reconhecida para vencer o obstáculo que a experiência do cotidiano poderá representar. Em alguns casos, essa orientação clínica poderá ser muito bem-vinda, pois pode trazer ao profissional maior segurança no exercício da sua atividade.

Os resultados pré e pós-implementação do *guideline* deverão ser cuidadosamente avaliados (medidos e discutidos), para verificar se naquela realidade específica estão de fato sendo atingidos os objetivos esperados. Em caso afirmativo, os sucessos deverão ser divulgados e reforçarão a importância do segui-

mento dos mesmos. Caso contrário, cabe verificar o porquê do insucesso, rever o protocolo ou abandonar o projeto.

Todos os envolvidos deverão ser chamados, desde os profissionais de notório saber científico até os próprios usuários dos serviços de saúde, passando pelos profissionais responsáveis pela utilização das diretrizes clínicas no dia-a-dia.

Em oncologia, por exemplo, fala-se muito em protocolos clínicos, dada a complexidade do tratamento considerado, ou ainda a toxicidade das drogas e a necessidade de certificar-se de modo preciso do emprego correto da terapêutica preconizada. Além dos conhecidos protocolos existentes para leucemias, linfomas, entre outros, muitos países têm desenvolvido protocolos para infarto agudo do miocárdio, asma, etc. Na verdade, essa foi uma das áreas piloto na implantação das padronizações.

É preciso considerar a importância do tema em termos de saúde pública e a factibilidade da padronização de condutas. Considerando a realidade brasileira, muitos seriam os benefícios do estabelecimento de diretrizes, sobretudo para as doenças mais prevalentes. Afinal, além do apoio à decisão clínica para profissionais afastados dos grandes centros ou até mesmo em organizações reconhecidas onde há diversidade de condutas por quaisquer motivos, ainda se estaria aumentando a probabilidade de obter melhores resultados para o paciente.

Como fazer um 'guideline'?

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC), sediado em Atlanta, Estados Unidos, divide o processo de desenvolvimento de *guidelines* em treze tarefas.

1. *Planejamento e coordenação do processo*

a. Processo

- defina os objetivos, mobilize os recursos e verifique as atividades necessárias;
 - identifique e resuma os *guidelines* existentes sobre temas potenciais;
 - selecione um tema;
 - selecione a estrutura da equipe e os participantes;
 - defina o objetivo e a abrangência do *guideline*;
 - reúna as evidências sinteticamente;
 - redija o *guideline* para revisão;
 - submeta-o à revisão de especialistas, ética e legal, com a participação dos vários interessados no assunto; documente o processo de revisão incluindo os critérios para seleção dos revisores;
 - prepare o *guideline* completo para divulgação e seguimento.
-

b. Produto

- plano e orçamento.

2. Avaliação das necessidades dos usuários**a. Processo**

- identifique a natureza, extensão e determinantes de práticas correntes de interesse para a população e para os usuários;
- verifique o grau de concordância em torno da utilidade da diretriz proposta;
- complemente a informação com indicadores empíricos, através da análise de dados, pesquisas, grupo focal, reclamações, etc.;
- pondere os custos e benefícios do uso de indicadores de necessidade empíricos e presuntivos.

b. Produto

- definição das necessidades dos usuários.

3. Escolha do tema**a. Processo**

- utilize um processo de seleção formal e claro, documentando-o;
- considere critérios apropriados que incluam controvérsia, prática inapropriada, discrepâncias entre o preconizado e o realizado na prática, variabilidade na prática, importância da doença, possibilidade de prevenção e custo social;
- escolha sempre que possível tópicos a respeito dos quais haja dados disponíveis.

b. Produto

- tema definido.

4. Seleção da equipe**a. Processo**

- escolha uma equipe com estrutura e participantes capazes de acessar evidências científicas e formular recomendações;
 - decida se os *guidelines* serão desenvolvidos interna ou externamente;
-

- selecione participantes pela sua competência técnica e não por instituição, incluindo representantes de diferentes procedências e com diferentes visões;
- escolha especialistas aptos para revisar o que for estabelecido, considerando, inclusive, sua capacidade crítica;
- envolva pessoas com prática no uso de evidências científicas;
- inclua consumidores nas situações pertinentes.

b. Produto

- atribuições claras e definidas por participante.

5. *Definição da abrangência do 'guideline'*

a. Processo

- delimite a população alvo, resultados e intervenções de maior interesse para determinados profissionais de saúde e para o público, mais passível de padronização e de atingir os resultados desejados segundo as limitações de tempo e recursos;
- considere os aspectos envolvidos na implementação – custo, custo/efetividade, *staff*, preferências do paciente, etc.;
- relevância em termos de volume de práticas em uso, segurança e efetividade.

b. Produto

- escopo do *guideline* definido.

6. *Escolha do método e do modelo analítico*

a. Processo

- justifique a escolha de determinado método e descreva a relação causal entre os resultados desejados e a prática preconizada;
- utilize um modelo analítico;
- considere as normas e regulamentos de outras instituições envolvidas na discussão do tema.

b. Produto

- modelo analítico correlacionando ações, resultados desejados e evidências de efetividade.
-

7. *Identificação e síntese das evidências*

a. Processo

- reúna as evidências empíricas e científicas que justifiquem a efetividade da intervenção proposta para assegurar resultado desejável na população definida;
- faça um resumo da revisão da literatura realizada;
- documente todo o processo.

b. Produto

- quadro que resuma as evidências.

8. *Interação do grupo e tomada de decisão*

a. Processo

- use técnicas formais para maximizar as contribuições de todos os participantes no processo de desenvolvimento do *guideline*. Métodos de interação de grupo com facilitadores experientes auxiliam na tomada de decisão, no balanceamento do poder entre os participantes, minimizam os bias e garantem a documentação das regras de decisão e produtos, influenciando no resultado final da discussão.

b. Produto

- regras de decisão, rascunho das recomendações.

9. *Identificação de uma agenda de pesquisa*

a. Processo

- identifique as controvérsias existentes, sua importância e falhas em termos de conhecimento sobre práticas existentes;
- verifique pesquisas necessárias, sobretudo nos temas em que não foi possível chegar a um consenso;
- estabeleça mecanismo para periodicamente verificar o progresso em encontrar respostas para perguntas-chave na agenda de pesquisa.

b. Produto

- lista das questões importantes e sem resposta em ordem de prioridade, plano estratégico para preencher as lacunas.
-

10. *Atualização do 'guideline'*

a. Processo

- estabeleça cronograma para a revisão do *guideline*. As revisões se fazem necessárias devido a avanços tecnológicos e científicos, para a verificação da efetividade do *guideline* e as mudanças no ambiente.

b. Produto

- plano de atualização e cronograma.

11. *Redação do 'guideline'*

a. Processo

- prepare um documento escrito em linguagem clara e fácil, fornecendo recomendações claras;
- certifique-se de que os seguintes aspectos foram considerados: relevância do problema, magnitude do problema, natureza da intervenção, métodos de desenvolvimento de *guidelines*, consistência das evidências, custo-efetividade, implementação e avaliação. Forneça resumo sucinto e claro.

b. Produto

- documento inicial, rascunho das recomendações e documentos de suporte.

12. *Revisão crítica*

a. Processo

- consulte especialistas, profissionais de saúde, advogados e os consumidores a respeito das diretrizes estabelecidas, quanto à sua precisão em termos científicos e à viabilidade de sua implementação. Incorpore as sugestões, aumentando assim a credibilidade do documento final.

b. Produto

- versão final do *'guideline'*

13. *Adoção do 'guideline'*

a. Processo

- certifique-se de que o *guideline* seja atraente, de fácil disseminação, e encoraje os usuários potenciais a aceitá-lo e utilizá-lo na prática diária.

b. Produto

- publicação e plano de divulgação e promoção.
-

Indicadores de resultados

Satisfação do usuário

A preocupação com a satisfação dos clientes, oriunda da indústria, com seus produtos, vem ganhando importância crescente na área da saúde, não apenas devido à competitividade verificada no setor privado (muito maior em países como os Estados Unidos), mas também e principalmente à tomada de consciência a respeito da condição de cidadãos e à luta constante pelo exercício da cidadania.

Falar em qualidade no setor da saúde não é coisa simples, e falar em satisfação do usuário no setor público parece tarefa desafiadora. Apesar das ponderações anteriores sobre a qualidade no setor público, em nossa realidade a oferta de serviços não se dá de forma homogênea, inclusive quando se consideram serviços especializados e complexos, em que prevalece a falta de opção. Assim, muitas vezes o usuário nem sequer pode lançar mão da célebre frase “Eu pago o seu salário” quando da reivindicação de melhor atendimento, por temer nem mesmo obter tal atendimento. Caracterizada essa desigualdade de condições entre prestadores e consumidores de saúde, muitas avaliações de satisfação poderão resultar distorcidas.

Cliente ou usuário pode ser definido como alguém para quem é efetuado um trabalho ou aquele que recebe benefício de determinado trabalho. Podemos classificá-lo em três categorias:

1. Usuários primários (usuários finais)

- pacientes
- famílias
- médicos

2. Usuários secundários (pagadores ou reguladores)

- fontes pagadoras
- reguladores

3. Usuários auxiliares (interessados)

- empregados
- supervisores
- fornecedores
- contratantes

As necessidades podem ser serviços específicos requeridos (“Eu preciso”) ou expectativas (“Eu quero”), ou ainda referir-se ao valor agregado (“Eu gostaria”). Já que qualidade também é superar as expectativas do cliente, lidar com elas

parece ser um importante passo para garantir maior competitividade. Contato constante com o usuário e um bom conhecimento do mercado propiciam melhor conhecimento dessas expectativas.

Avaliação da satisfação do usuário

Muitos são os serviços hoje preocupados em ampliar os canais de comunicação com os seus usuários pelas mais diversas razões. Uma delas diz respeito ao fato de que é socialmente inaceitável não demonstrar essa preocupação, mesmo que ela seja apenas *cosmética*, numa sociedade em que a opinião pública considera fundamental que o usuário/cidadão seja ouvido tanto pelos canais oficiais e políticos quanto pelas organizações cujos produtos e serviços utiliza. Por outro lado, há instâncias que se dão conta da necessidade de ouvir o usuário na tomada de decisões, pois sua opinião pode ter papel crucial nos destinos das organizações.

A real contribuição da avaliação do usuário/paciente não é clara, mas aos poucos ele vai sendo incluído nas mais diversas discussões da área da saúde. As entidades representativas de portadores de determinadas moléstias ou grupos de risco participam cada vez mais das discussões acerca do gerenciamento e desenvolvimento das organizações, inclusive quanto à destinação de recursos para as diferentes áreas. No âmbito dos municípios, a participação popular nos conselhos municipais e nos conselhos gestores, sem contar as experiências relatadas do orçamento participativo, ilustra a tendência crescente de incluir o usuário-cidadão na agenda política e da saúde.

O quanto eles são ouvidos, o quanto participam de fato das decisões e não somente das discussões ainda é questionável. Porém, percebe-se com nitidez que há grupos mais ativos que outros, e que esses obtêm recursos em maior volume ou com maior facilidade que aqueles menos fortes (não entrando no mérito de necessidade nem de legitimidade). Certamente, cada grupo de pressão defende o seu ponto de vista naquilo que lhe parece mais legítimo e mais positivo. Na lógica dos recursos escassos, cada real destinado a uma política deixa de ser empregado em outra, o que torna essas instâncias verdadeiras arenas de disputa. A literatura traz exemplos da contribuição do usuário em países onde o exercício da cidadania se faz de modo diferente daquele observado no Brasil, onde o contexto a ser analisado é outro. As expectativas dos usuários estão longe de ser conhecidas, mas já se trilhou um longo caminho...

Na literatura a respeito de avaliação da satisfação do usuário, aparentemente há avanços, mas na atuação cotidiana as respostas são diferentes. Há quem diga que obtêm-se respostas para aquilo que se perguntou. Assim, se as respostas parecem pouco conclusivas, talvez o problema esteja nas perguntas.

Ainda assim, já se fala da participação do usuário na decisão clínica, onde todas as informações necessárias seriam fornecidas para que a decisão se fizesse de modo conjunto entre o profissional, a equipe e o paciente. Essa nova tendência que se delineia poderá representar uma nova relação, de maior simetria, entre

o profissional de saúde e o paciente. Até o momento, porém, quem decide quais são as informações necessárias não é o paciente; em geral, deve haver disponibilidade do profissional ou da equipe para discutir, e o paciente precisa querer assumir responsabilidades pelas suas próprias decisões, entre outras variáveis.

Exemplo

O instrumento proposto pelo projeto IPEA-APM para a avaliação da satisfação do usuário foi desenvolvido para que fosse utilizado nos hospitais como parte do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar. Eis o modelo:

Assinale com "X" o espaço escolhido.

	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
Atendimento em recepção				
Atendimento geral				
Enfermagem				
Médicos				
Alimentação				
Limpeza				
Acomodações				

Você foi informado(a) de todos os aspectos relativos ao diagnóstico e tratamento do seu caso?

Comente: _____

As etapas previstas para o diagnóstico e tratamento foram seguidas?

Comente: _____

Você está satisfeito(a) com o resultado do tratamento?

Comente: _____

Você recomendaria este hospital para seus parentes/amigos?

Comente: _____

Você voltaria a se internar neste hospital se necessário?

Comente: _____

Comentários e sugestões adicionais:

Exemplos de indicadores

A Associação Paulista de Medicina monitora mensalmente, desde 1990, a partir da adesão do hospital ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo, os seguintes dados e indicadores:

- número de leitos em funcionamento no mês
- número de leitos/dia
- número de internações
- número de pacientes/dia
- saídas
- número de cirurgias
- número de óbitos operatórios
- número de cirurgias suspensas por fatores extrapaciente
- número de casos de infecção hospitalar
- número de partos
- número de recém-nascidos
- número de necrópsias em óbitos ocorridos no hospital
- número de exames de imagem em internados
- número de exames laboratoriais em internados

O processo de acreditação de hospitais no Paraná deverá utilizar na primeira fase os seguintes indicadores:

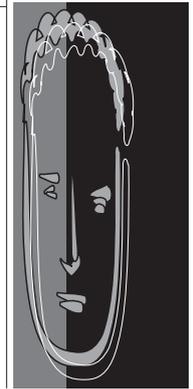
- média de permanência
- taxa de ocupação
- índice de mortalidade
- pessoal total/leito
- pessoal de enfermagem/leito

Solicita ainda os seguintes dados:

- número de leitos em funcionamento
 - número de leitos/dia no período
 - número de internações no período
-

- número de pacientes/dia
- número de pacientes com infecção hospitalar
- número de partos
- número de cesáreas
- número de enfermeiras com nível universitário
- número de saídas

Existem indicadores desenvolvidos para diferentes serviços de saúde e para diferentes setores dentro desses serviços, sobretudo em hospitais. Preconiza-se que os indicadores sejam selecionados de acordo com o contexto considerado. O *Manual de Acreditação Hospitalar* da Organização Pan-Americana da Saúde tem servido como base para as iniciativas de qualidade que lidam com indicadores, sem contar as iniciativas de acreditação propriamente ditas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se fala em qualidade, dificilmente faz sentido empregar a palavra “conclusão”, pois, dadas as considerações tecidas ao longo deste manual, pode-se inferir que à implementação do gerenciamento da qualidade ou de qualquer tipo de mudança positiva, com ou sem o termo qualidade, segue-se a necessidade inicial de manter as mudanças e conquistas alcançadas, antes de aprimorá-las.

Assim, a partir daqui aparece uma síntese do relato anterior, incluindo sugestões de etapas a serem consideradas.

1. Na realidade do município a preocupação com qualidade deve fazer parte da agenda não apenas da saúde, como também dos demais setores. Se for cabível exigir pré-requisitos (estrategicamente não caberia fazê-lo), etapa anterior à introdução do gerenciamento da qualidade é a existência de planejamento estratégico, de preferência anterior ao início da gestão. Como resultado desse planejamento, algumas diretrizes em termos de implantação de programa de qualidade poderão ser apontadas de antemão. No caso presente, já transcorreu quase metade do mandato (os prefeitos tomaram posse em janeiro de 1997), mas as mudanças podem prescindir do efeito surpresa.

O planejamento estratégico poderá ser empregado para o processamento dos problemas do município e da área da saúde, sendo que, para a operacionalização das mudanças propostas, o instrumental da qualidade é de fácil adaptação, em termos de atitude, discurso e práticas. Embora alguns colunistas da grande imprensa apresentem a gestão de qualidade como a redenção do país, ela continua sendo apenas um instrumento, potencialmente adaptável às diferentes realidades nas quais possa ser aplicado. Por outro lado, qualquer um pode adaptá-lo. Não depende de ninguém, nem de nenhuma organização em particular para desencadeá-lo com sucesso. A mudança depende, na verdade, de cada um dos

responsáveis por ela, que vão conduzi-la de acordo com suas disponibilidades pessoais e institucionais, incluindo aí as pessoas, seus aliados naturais. Por isso, a mudança, a avaliação, a qualidade ou seus programas não podem ficar concentrados nas mãos de poucos. Quanto mais forem seus agentes, maiores as probabilidades de sucesso.

2. Por onde começar? Não existe uma única maneira de dar início a essa longa caminhada, mas é preciso avaliar com clareza os locais que reúnem a maior parte das seguintes características:

- disponibilidade para a mudança, tanto dos dirigentes quanto do corpo de funcionários;
- repercussão das mudanças a serem discutidas, baseando-se sobretudo na importância e abrangência das ações desenvolvidas naquele serviço;
- viabilidade do projeto a ser desenvolvido, de modo a garantir (na verdade, aumentar a probabilidade de) que a experiência seja bem sucedida;
- tempo necessário para a implementação da mudança, considerando-se que ao menos parte dos resultados deverão ser obtidos na vigência da administração municipal atual.

3. Escolhido o local ou programa, é preciso definir a equipe a ser introduzida ao gerenciamento da qualidade. Nessa primeira fase, é importante envolver a alta gerência, uma vez que ela só poderá avaliar o potencial da implantação de um programa de qualidade se souber de que se trata exatamente. A seguir, é preciso formar um grupo que conte com a participação de diferentes setores e níveis hierárquicos, para que se proceda a um treinamento semelhante ao realizado para a alta gerência.

Trata-se de divulgar a idéia da qualidade, sempre utilizando exemplos concretos e próximos da realidade do grupo envolvido. Tem sido discutido que se desperdiçam tempo e dinheiro ao não reconhecer que grande parte das pessoas já ouviu falar em qualidade, já leu a esse respeito, já se interessou pelo assunto. Assim, pode-se otimizar o processo identificando quem são as pessoas potencialmente mais favoráveis e com algum conhecimento preliminar. Com o concurso de pessoas diferentes daquelas tradicionalmente envolvidas nos programas de mudança desenvolvidos pela gerência, pode-se estar mostrando novas atitudes, potencialmente vistas sob luz favorável por aqueles acostumados a seguir sempre os mesmos chefes, supostamente líderes mas que não necessariamente o são.

Finalmente, formam-se círculos de qualidade específicos, sob qualquer nome, desde que voltados ao mesmo objetivo, onde os participantes estarão reunidos a fim de solucionar problemas com os quais lidam diariamente e cuja solução considerem importante.

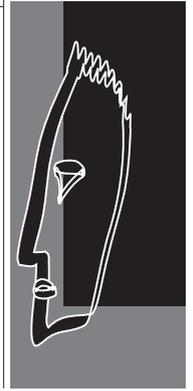
4. Reunido o círculo de qualidade, escolhe-se o problema a analisar por meio do uso das ferramentas de qualidade mais apropriadas para o caso. A ferramenta mais indicada é aquela com a qual é possível trabalhar melhor. Uma possível seqüência seria:

- seleção do problema (pode ser uma pergunta);
- tempestade de idéias (que posteriormente poderá ser ordenada numa “espinha de peixe”);
- verificação dos dados que comprovem que o problema escolhido é de fato um problema, e que as causas enumeradas constituem verdadeiras causas. Isso poderá ser feito utilizando-se histogramas ou diagramas de Pareto;
- estudo detalhado do problema por meio de fluxogramas;
- associando-se essas ferramentas aos dados levantados, é possível vislumbrar soluções para o problema. Essas soluções deverão ser analisadas exaustivamente a fim de descobrir se de fato são eficazes;
- discussão minuciosa do cronograma da mudança e preparação de instrumento de medida para ela, de maneira a poder compará-la com o verificado na fase anterior.

5. Essa forma participativa de discussão de problemas e de gerenciamento deverá ser mantida por período suficiente para garantir que as mudanças ocorram de fato. Depois disso, o monitoramento poderá ser feito através de indicadores.

6. A divulgação dos resultados obtidos é fundamental para que as pessoas percam o medo da mudança e se empolguem com os possíveis efeitos de tal processo.

7. Esse processo caracteriza uma avaliação interna ao serviço, podendo, na seqüência, ser realizada avaliação externa, o que pode ser feito com a acreditação.



ANEXOS

ANEXO 1 – Ferramentas de qualidade I – Manual do Programa de Gestão da Qualidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – Ferramentas de qualidade II – Chuva ou tempestade de idéias (*brainstorming*)

ANEXO 3 – Manual de Acreditação Hospitalar – Grupo Técnico de Acreditação

ANEXO 1
FERRAMENTAS DE QUALIDADE I

MANUAL DO PROGRAMA DE GESTÃO
DA QUALIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Metodologia para o Estudo e Análise de Problemas – (EAP)

O que são as ferramentas da qualidade?

São técnicas que utilizamos com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

O uso das ferramentas é difícil?

Não é difícil; porém, devemos tomar cuidado na hora de escolher a ferramenta adequada para estudar um determinado problema.

É necessário saber matemática?

Sim, porém os conhecimentos necessários são os básicos. Também podemos utilizar programas de computador, como o *Excel*, para processar os dados.

Quais são as ferramentas?

Diagrama de tendência
Gráficos de dispersão
Diagrama de controle
Folha de verificação
Diagrama de causa e efeito
Histograma
Brainstorming
Fluxograma
Diagrama de Pareto

O que é o ciclo PDCA?

É uma proposta de abordagem organizada para qualquer tipo de problema. Assim, podemos orientar de maneira eficaz/eficiente a preparação e a execução de atividades planejadas para a solução de um problema.



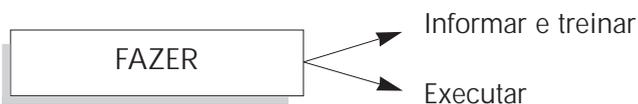


Objetivo: estabelecer a direção dos esforços. É importante definir um prazo para a execução do objetivo.

Método: como atingir o objetivo. Um método bem definido dificulta a possibilidade de desvio de rota.

Erros freqüentes:

- fazer sem planejar;
- definir metas e não definir métodos para atingi-las;
- imobilismo no planejamento (pensar muito e não executar).



Informar e treinar: preparar o pessoal que deve executar as tarefas definidas.

Executar: fazer o que foi decidido na fase Planejar.

Erro freqüente:

- definir o que fazer e não preparar o pessoal que deve executar.



- Confrontar os resultados com o que foi planejado.
- Coleta de dados que visa buscar evidências de que o objetivo foi atingido ou não.

Erros freqüentes:

- fazer e não checar;
- falta de definição dos meios de avaliação no planejamento.



- Consolidar resultado.
Evitar perda dos resultados obtidos para que o problema não volte tempos depois.
- Levantar novos problemas (situações).
Caracterizar a situação atual.

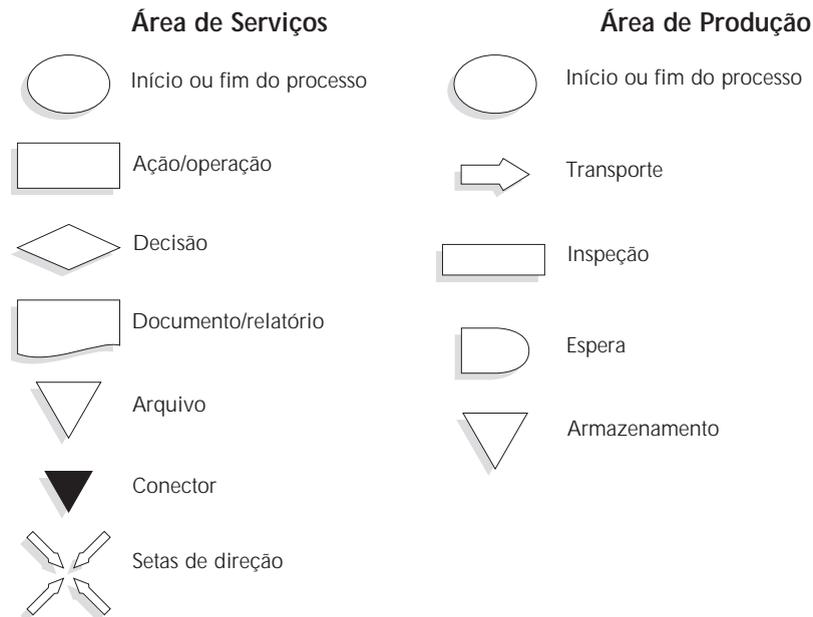
Erros freqüentes:

- fazer, checar e não consolidar;
- parar após uma volta.

FLUXOGRAMA

O que é – Representação gráfica que mostra todos os passos de um processo.

Utilidade – Descrever e estudar um processo (atual ou ideal) ou planejar as etapas de um novo.



Vantagens do fluxograma

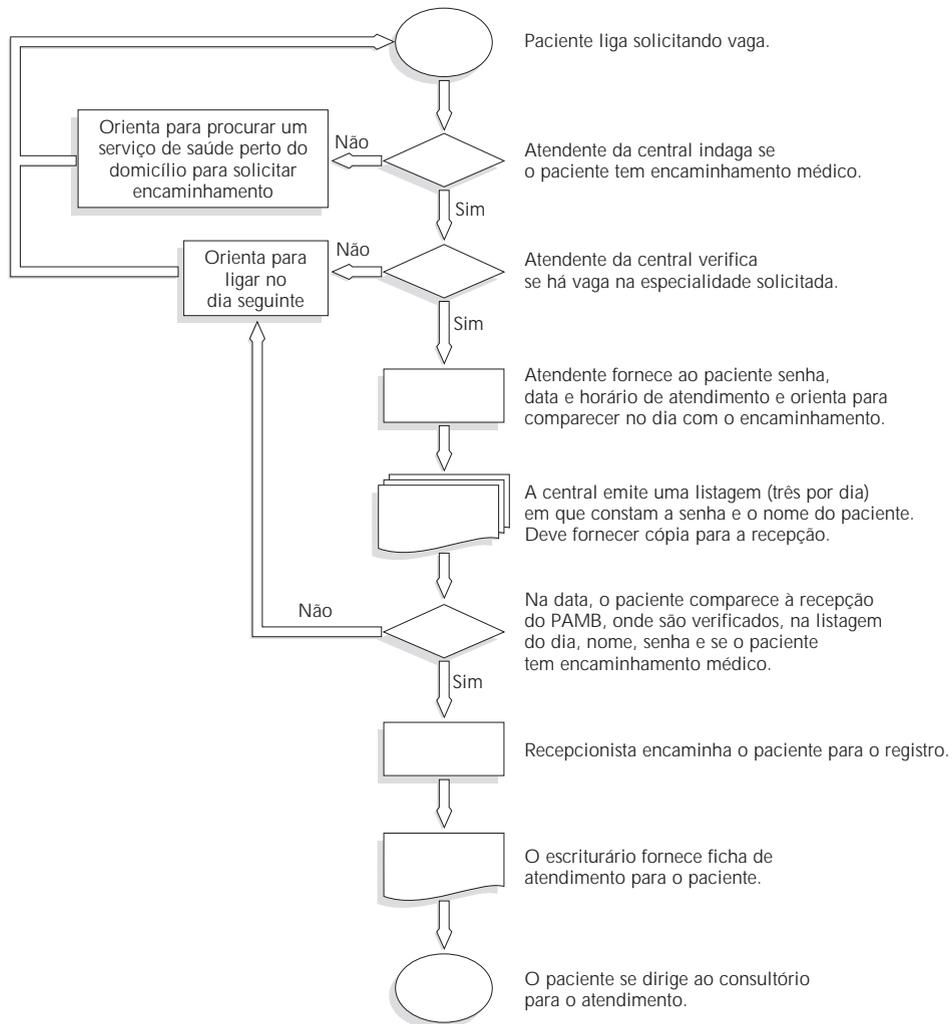
- Define claramente os limites do processo.
- Útil no treinamento de novos funcionários.
- Utiliza símbolos simples (linguagem padrão de comunicação).
- Visão global do processo.
- Assegura solução para todas as alternativas.
- Identifica ciclos de retrabalho.
- Facilita a identificação de clientes e fornecedores.
- Usualmente, um processo (retângulo) só tem uma saída.
- Caso contrário, é uma decisão (losango).

IMPORTANTE

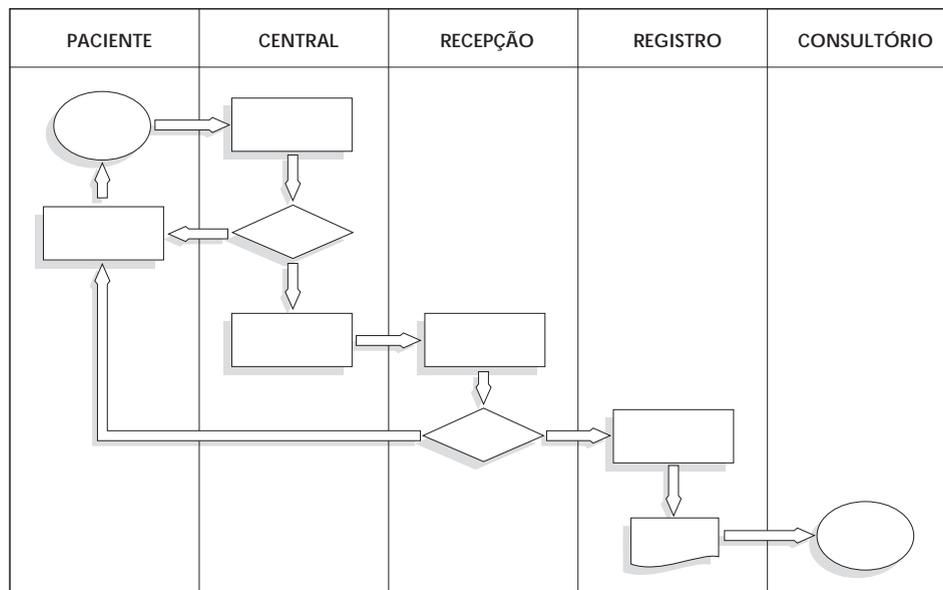
- Indique claramente o início e o fim do processo.
- Ao elaborar um fluxograma, valide-o junto às pessoas envolvidas no processo.

Exemplo

Fluxograma de agendamento por telefone



Uma outra maneira de representar os processos através de fluxogramas consiste em identificar os responsáveis pelas fases do processo numa matriz e sobre ela desenhar o fluxo do processo utilizando, ou não, os símbolos descritos.



Exercício

Completando o esboço abaixo, elabore o fluxograma do sistema de compras do HCFMUSP.

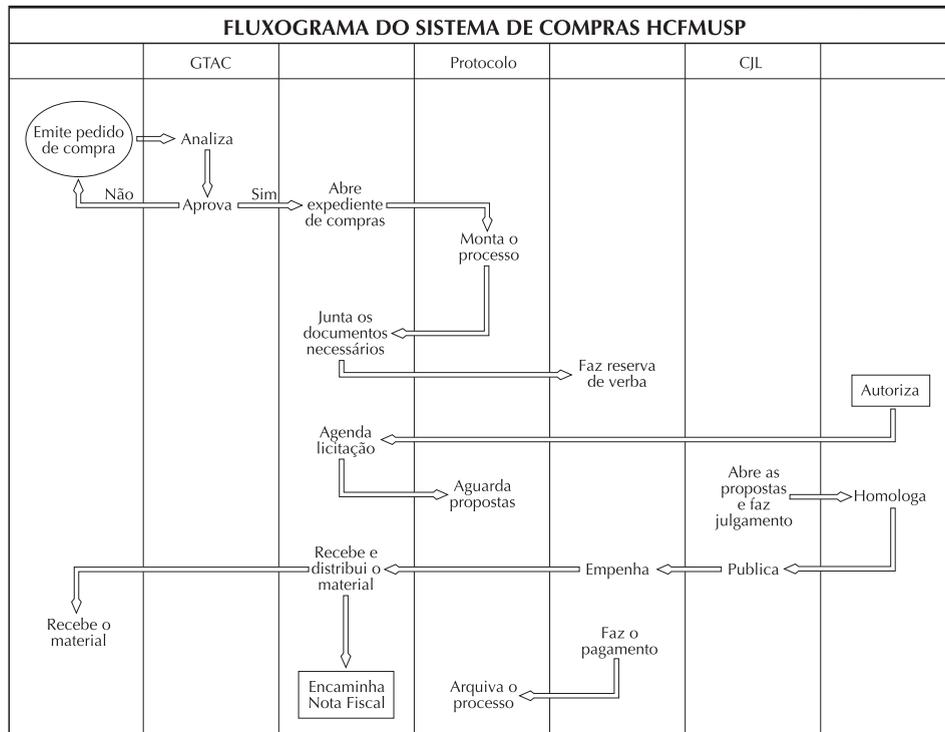
O exemplo escolhido representa a aquisição de materiais através de requisição de compra emitida pelo Serviço Usuário (interessado). O fluxo desse tipo de aquisição no HC inicia-se pela emissão da requisição de compra, a qual posteriormente se transforma em processo de compra, passando por várias etapas, até que o material chegue às mãos do requisitante.

O fluxograma mostrado identifica o agente e a ação realizada.

O que é para fazer?

1. Preencher os claros identificando os agentes.
2. Contornar as ações realizadas com as figuras correspondentes, conforme padronização estabelecida.
3. Verificar se as setas que mostram a seqüência de ações foram colocadas (uma por uma) na direção correta e quantidade suficiente.
4. Aponte o início e o fim do fluxograma.
5. Oriente-se pelos campos já preenchidos, bem como pelas ações já contornadas.

Boa sorte!



COLETA DE DADOS

O que é?

Consiste em registrar eventos de forma organizada num determinado período.

Quando deve ser feita?

Em todas as fases do processo de análise e solução de problemas.

Devemos procurar dados novos sempre?

Não necessariamente. Podemos utilizar os dados já existentes para analisar problemas atuais, ou mesmo utilizá-los para comparar as informações atuais com as existentes.

Quem deve coletar os dados?

Pessoas que conheçam o processo e estejam bem orientadas a respeito da tarefa de coletar dados. De preferência, os diretamente envolvidos.

É muito difícil?

Não, porém todas as pessoas envolvidas no processo de coleta devem ser bem treinadas, a fim de diminuir a chance de erro durante o levantamento. Um dado ruim é pior do que não ter nenhum dado.

Quais são os erros mais freqüentes?

Selecionar amostras tendenciosas, falta de objetividade na definição do dado a ser observado, colher dados insuficientes ou em demasia, erros na transcrição, entre outros. Quando se apresentam dados graficamente, o erro mais freqüente é colocar muitas informações num mesmo gráfico (“poluição visual”).

Como coletar dados?

Por meio de questionários, folhas de verificação, *check list*, relatórios existentes. Não se esquecer de definir a freqüência das observações, local, responsável, se é por amostragem ou não.

FOLHA DE CONTROLE DE PROCESSO		FORMULÁRIO DE PESQUISA		
x x x x x x x	/ /	Perguntas	S	N
x x x x x x x				
x x x x x x x	//			
x x x x x x x	/			
x x x x x x x				

ESTRATIFICAÇÃO

É o agrupamento de dados de acordo com determinadas características. É de grande utilidade na análise e pode evidenciar fatos “escondidos” no total dos dados.

Pode ser feita antes da coleta de dados, quando queremos procurar determinados fenômenos, ou depois, quando queremos investigar as causas que realmente afetam os resultados.

Vantagens

- Serve para verificar o impacto de determinada causa sobre o efeito em estudo.
- Ajuda a detectar um problema, deixando claro onde ele ocorre e onde não.

Exemplo

Relatórios das estatísticas hospitalares, pesquisas eleitorais, relatórios do almoxarifado, etc.

Número de receitas atendidas diariamente na drogaria do PAMB**Tabela 1**

	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Segunda	716	802	
Terça	786	800	
Quarta	715	704	
Quinta	feriado	748	618
Sexta	655	650	704
Segunda	772	715	665
Terça	875	707	784
Quarta	706	752	810
Quinta	731	643	720
Sexta	802	672	640
Segunda	866	532	765
Terça	898	604	653
Quarta	897	569	590
Quinta	871	598	705
Sexta	577	629	716
Segunda	925	678	801
Terça	772	636	890
Quarta	893	589	813
Quinta	723	625	823
Sexta	857	617	740
Segunda		619	804
Terça		743	761
Quarta		579	752
Quinta			712
Sexta			659
Média diária	791,42	661,35	732,95
Total/mês	15.037	15.211	16.125

Tabela 2

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
	716	786	715	748	655
	802	800	704	618	650
	772	875	706	731	704
	715	707	752	643	802
	665	784	810	720	672
	866	898	897	871	640
	532	604	569	598	577
	765	653	590	705	629
	925	772	893	723	716
	678	636	589	625	857
	801	890	813	823	617
	619	743	579	712	740
	804	761	752		659
Média	743,08	762,23	720,69	709,75	686,00
Desvio padrão	105	94	114	82	77

As tabelas 1 e 2 contêm os mesmos dados. Entretanto, a tabela 2 apresenta uma estratificação que nos permite analisar melhor a variabilidade diária do número de atendimentos durante a semana. Observamos que segunda, terça e quarta são os dias de maior movimento. Analisando as duas tabelas, podemos concluir que a média geral é 724,58 atendimentos/dia. Essas informações podem ser úteis no planejamento do atendimento no setor.

Erros comuns

Estratificar de mais ou de menos. Nas duas situações, perdemos a possibilidade de obter informações adequadas de uma massa de dados.

DIAGRAMA DE PARETO

É uma forma especial de gráfico de barras verticais que permite determinar os problemas a resolver e a prioridade. O diagrama de Pareto elaborado com base numa folha de verificação ou de uma outra fonte de coleta de dados ajuda a dirigir nossa atenção e esforços para problemas verdadeiramente importantes. Em geral, teremos melhores resultados se atuarmos na barra mais alta do gráfico do que nos embaraçando nas barras menores.

Por onde começar?

1. Selecione o(s) problema(s) a serem comparados e estabeleça uma ordem através de: reunião (*brainstorming*) ou utilização de dados disponíveis.
2. Selecione uma unidade de medida (peso, altura, valor, ligações, etc.).

3. Defina um período de tempo para ser analisado (semana, dia, horas, ano, etc.).
4. Reúna os dados necessários em categorias (tantos pacientes para o exame J no período X).
5. Compare a frequência da medida em cada categoria (tantos pacientes para os exames J, Q, R nos períodos X, Y, Z).
6. Liste as categorias da esquerda para a direita no eixo horizontal, em ordem decrescente de frequência. Agrupe na categoria “outros” os itens com valores muito baixos.
7. Para cada categoria, desenhe um retângulo cuja altura representa a frequência naquela classificação.

Diagrama de Pareto – ‘pontos de atenção’

1. Tente várias classificações e construa vários tipos de diagrama de Pareto.
2. É indesejável que o item “outros” represente alta porcentagem.
3. Use o “bom senso” – eventos mais frequentes ou de maior custo nem sempre são os mais importantes.

Exemplo

Número de reclamações recebidas na CAU a respeito da drogaria e as principais causas

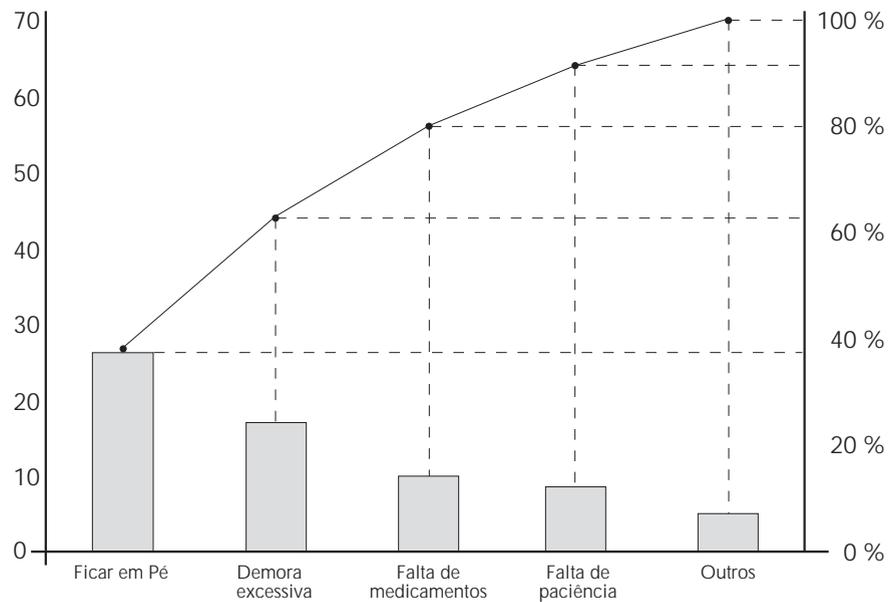
	F	%	F. AC.	% AC.
Ficar em pé	26	39%	26	39%
Demora excessiva	18	27%	44	66%
Falta de medicamentos	10	15%	54	81%
Falta de paciência	8	12%	62	93%
Outros	5	7%	67	100%
TOTAL	67	100%		

Frequência: número de vezes que um evento acontece.

Frequência acumulada: somatório das frequências.

Porcentagem: calcula-se da seguinte maneira: $\frac{\text{frequência}}{\text{total}} = \text{aaa} \times 100 \longrightarrow \%$

Porcentagem acumulada: somatório das porcentagens.



Exercício

- Construa um diagrama de Pareto com o objetivo de analisar a demanda de pacientes na fila da farmácia.
- Defina com suas palavras as características do fluxo de pacientes.
- Com as informações obtidas nesse diagrama e as oferecidas no anterior, você poderia fazer sugestões para melhorar este fluxo? Quais?

Número de pacientes que chegam à fila da drogaria por horário

HORÁRIO	MÉDIA	%	F. ACUM.	%ACUM.
7:00 – 7:59	101			
8:00 – 8:59	89			
9:00 – 9:59	104			
10:00 – 10:59	91			
11:00 – 11:59	79			
12:00 – 12:59	59			
13:00 – 13:59	69			
14:00 – 14:59	57			
15:00 – 15:59	47			
16:00 – 16:30	17			
TOTAL	713			

Obs.: Esses dados foram obtidos por meio de pesquisa de campo realizada na drogaria do PAMB. Foi registrado, durante uma semana, o número de pacientes que chegavam à fila da drogaria por hora. O número na tabela acima representa a média do período.

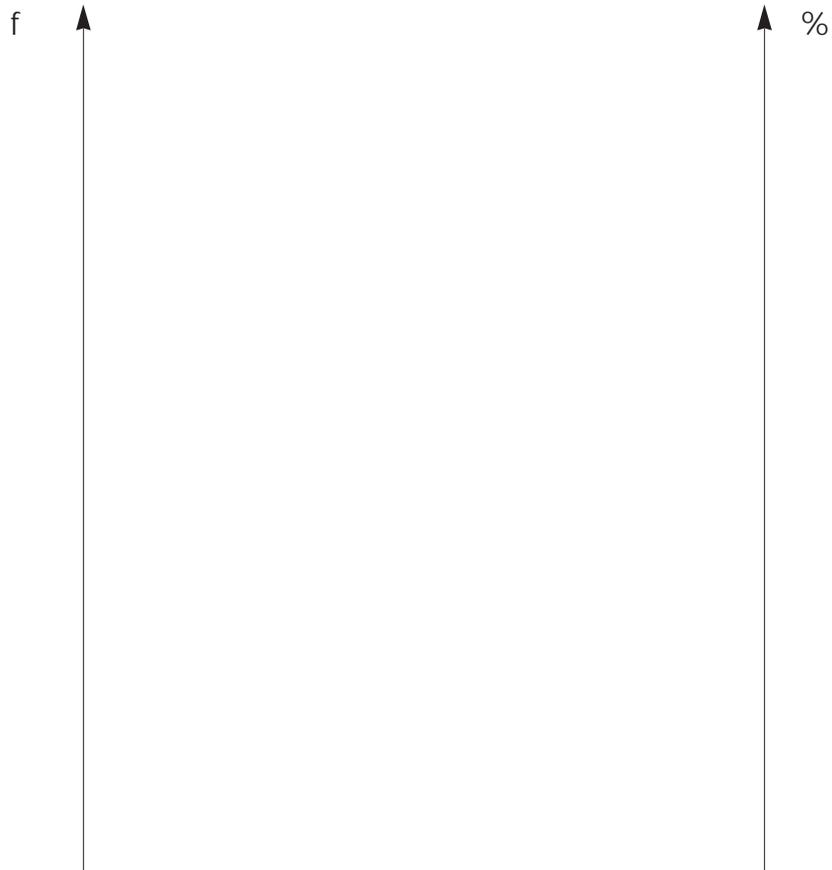


DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO OU ISHIKAWA (*espinha de peixe*)

O que é?

Um diagrama que mostra a relação entre uma característica de qualidade (*efeito*) e os fatores que a influenciam (*causas*).

Para que serve?

Identificar, explorar, ressaltar, mapear fatores que julgamos afetar um problema.

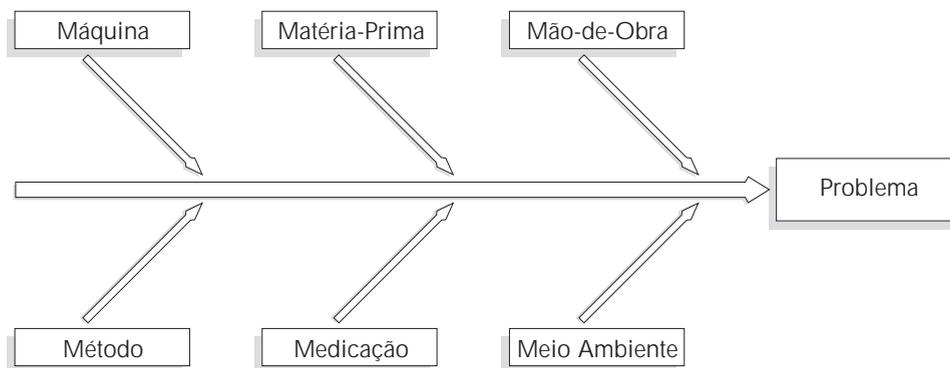
Vantagens

- Separa as causas dos efeitos.
- Identifica as várias causas de um mesmo efeito.
- Visualização clara das causas possíveis para um mesmo efeito.

Como se faz?

- Uma grande seta indica o problema à direita.
- Ramos em formato de espinha de peixe representando as principais causas potenciais.

REGRA DOS	6 M	OU DOS	4 P
	Máquina		Políticas
	Matéria-prima		Procedimentos
	Mão-de-obra		Pessoal
	Método		Planta (<i>layout</i>)
	Medição		
	Meio ambiente		

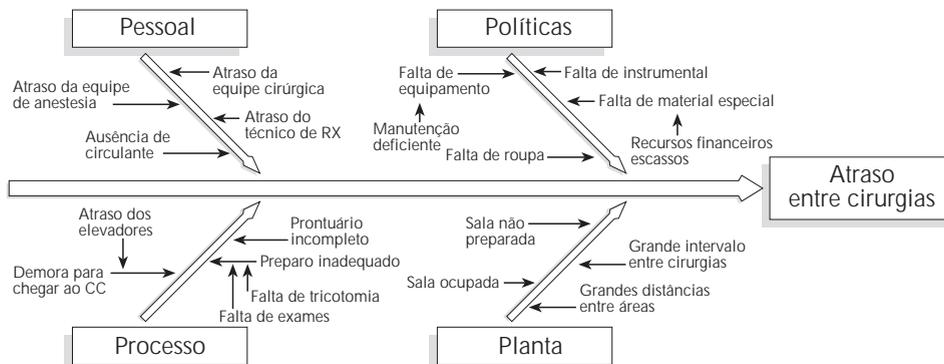


Observações

- Para um melhor resultado, todos os envolvidos devem participar da elaboração, para garantir que todas as causas sejam consideradas.
- Deve-se nomear um coordenador de grupo.
- Não se deve criticar nenhuma idéia.
- Deve-se estimular o intercâmbio de idéias.
- Garanta a visibilidade – use quadros e figuras grandes.
- Não sobrecarregue o diagrama. Quando necessário, faça mais de um.
- Construa um diagrama para cada problema específico (jamais analise dois problemas num mesmo diagrama).
- Grife as causas mais prováveis e analise todas.
- Não deixe dúvidas sobre nenhuma das causas.

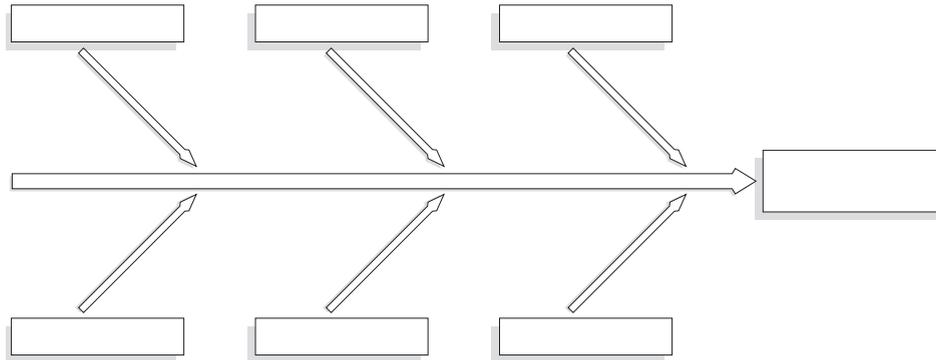
Exemplo

Diagrama sobre as possíveis causas do atraso entre uma cirurgia e outra



Elabore um diagrama das possíveis causas de um problema que chame sua atenção na instituição.

Grife as causas mais prováveis.

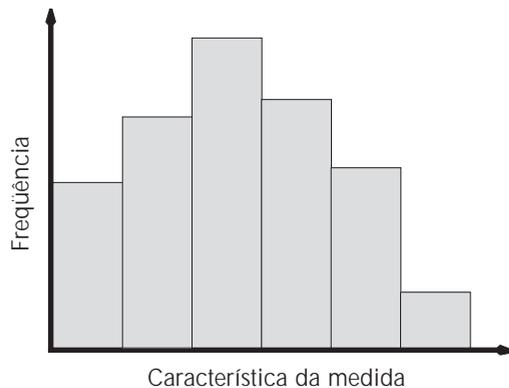


HISTOGRAMA

É um gráfico de barras que mostra a variação de uma medida em um grupo de dados através da distribuição de frequência.

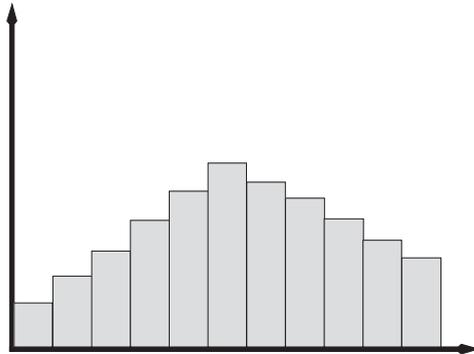
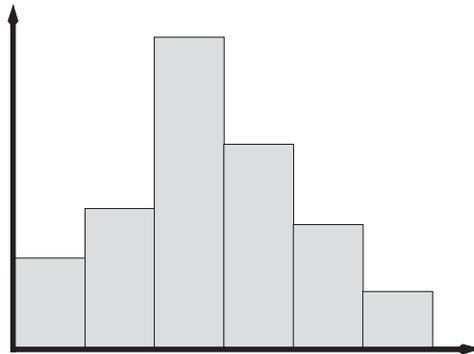
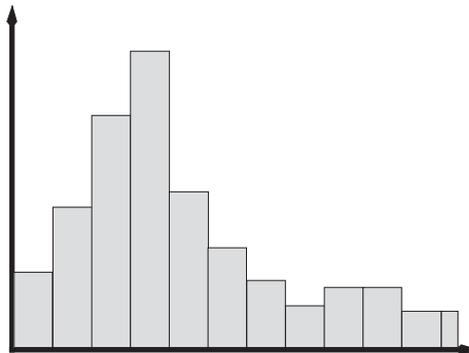
Seu principal uso é estimar a distribuição de uma característica na população através de amostras.

O histograma demonstra visualmente a variabilidade das medidas de uma característica do processo em torno da média.

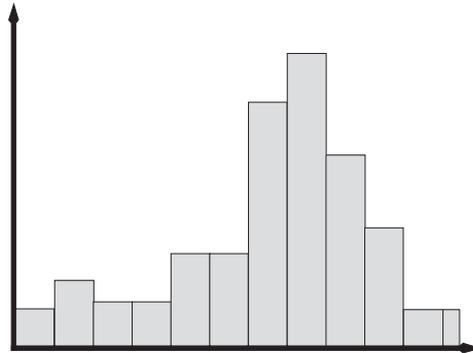


Vantagens

- Trabalhar com amostras (↓ custo e tempo).
- Visualização/entendimento rápido do comportamento da população.
- Entender a população de um modo objetivo.

Histograma de uma massa de dados de grande variabilidade**Histograma de uma massa de dados de pequena variabilidade****Histograma de uma massa de dados de inclinação positiva**

Histograma de uma massa de dados de inclinação negativa



Como construir um histograma

1. Conte a quantidade de valores coletados na tabulação.
No exemplo $n = 70$

8	4	4	5	7	9	12
7	12	8	8	15	8	14
5	13	7	9	7	10	10
12	7	9	8	12	27	9
10	13	7	18	12	10	8
32	25	17	26	16	22	12
5	21	7	11	13	11	16
19	16	1	13	18	16	14
12	12	21	8	18	27	17
20	15	8	16	16	18	18

Esta tabela contém dados *hipotéticos* referentes ao tempo médio (em dias) de espera do laudo de exames radiológicos dos pacientes ambulatoriais.

2. Determine a amplitude R de toda a tabulação, subtraindo o menor valor do maior.
No nosso caso, $R = 32 - 1 = 31$.

3. Determine o número de classes K de acordo com a seguinte tabela.

NÚMERO DE VALORES	NÚMERO DE CLASSES
Abaixo de 50	5 - 7
50 - 100	6 - 10
100 - 250	7 - 12
Acima de 250	10 - 20

No nosso caso, $n = 70$. De acordo com a tabela, foi escolhido $K = 7$.

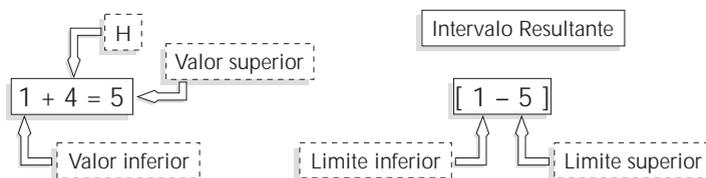
4. Determine o intervalo da classe de acordo com a seguinte fórmula:

$$H = \frac{R}{K}$$

No nosso caso, $H = \frac{31}{7} = 4,42$

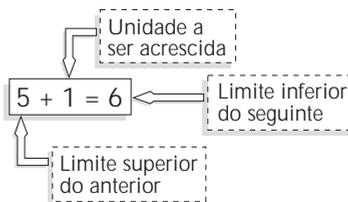
Neste caso, como na maioria, o melhor é arredondar: **H = 4.**

5. Determine o limite das classes ou os pontos limites. Simplificando, tome a menor medida individual da tabulação, que será o valor inferior do primeiro intervalo. A esse número acrescente o valor H e obterá o valor superior. Proceda da mesma forma com todos os outros valores até chegar à maior medida. No exemplo:



O limite inferior de um intervalo não pode ser igual ao limite superior. Por esse motivo, sempre vamos acrescentar em uma unidade (depende da medida que esteja sendo utilizada) o limite superior do anterior para definir o limite inferior do seguinte.

Exemplo



$$6 + 4 = 10 \quad [6 - 10] \quad 11 + 4 = 15 \quad [11 - 15] \quad 16 + 4 = 20 \quad [16 - 20]$$

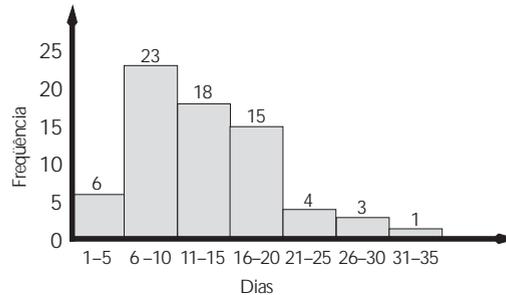
$$21 + 4 = 25 \quad [21 - 25] \quad 26 + 4 = 30 \quad [26 - 30] \quad 31 + 4 = 35 \quad [31 - 35]$$

6. Construa uma tabela de freqüência baseada nos valores definidos no passo 5 para os dados apresentados no passo 1.

CLASSE	FREQÜÊNCIA
1 - 05	6
6 - 10	23
11 - 15	18
16 - 20	15
21 - 25	4
26 - 30	3
31 - 35	1
Total	70

7. Construa o histograma baseado na tabela de frequências.

Tempo médio de espera do laudo de exame radiológico

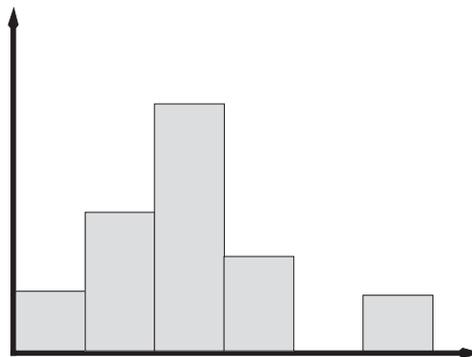


Como foi visto anteriormente, o histograma permite a visualização do processo. No exemplo, observamos que os dados estão concentrados em torno da média, cujo valor é 12,87 e tem tendência à inclinação positiva. Ou seja, a maior concentração de dados está nos valores menores.

Cuidado

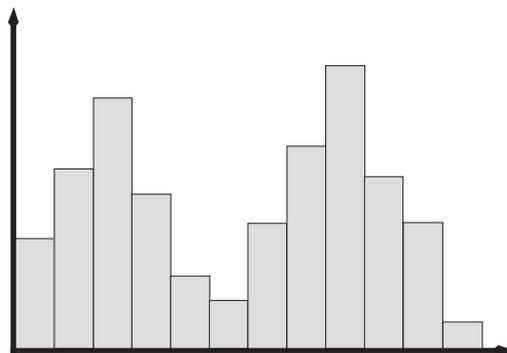
- Desconfie de um histograma que termine numa classe muito alta.
- Nem todos os histogramas têm forma de sino. Ex.: o número de vezes que o indivíduo vai ao médico durante a vida.

Erros mais frequentes



- Falta de uma ou mais classes.
- Geralmente, relacionado à não utilização de regras para determinar o número de classes.
- Dois picos de alta frequência.

Geralmente relacionado a uma mistura de duas distribuições distintas.
Neste caso, é recomendado separar os dados em dois histogramas



Exercício

Construa um histograma com a seguinte massa de dados (hipotéticos) referentes ao tempo médio (em minutos) de espera para execução do processo de internação na DAM.

Tempo médio de espera no guichê de internação em minutos

112	98	71	71	65
60	65	42	108	45
63	48	28	72	17
89	77	55	68	47
42	43	26	15	37
77	53	8	88	52
92	69	105	82	113
22	60	35	40	5
98	102	25	78	51
65	56	7	40	26

- Calcule a média

$$X = \frac{\text{Somatório dos dados}}{\text{Número de dados}}$$

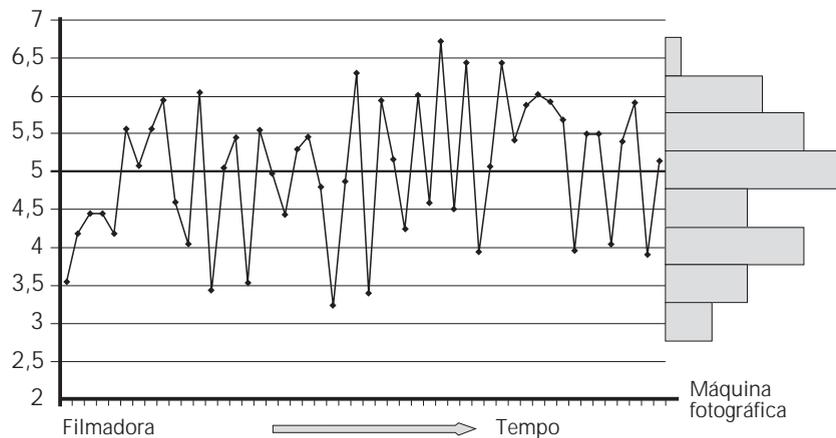
- Interprete o resultado

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO

- É uma ferramenta que fornece uma visão dinâmica do comportamento do processo.
- Possibilita uma verificação da evolução da qualidade do processo.
- Simples e eficaz na fiscalização da variação do processo.

Exemplo

Tempo de atendimento por paciente num guichê da drogaria (em minutos) – dados hipotéticos

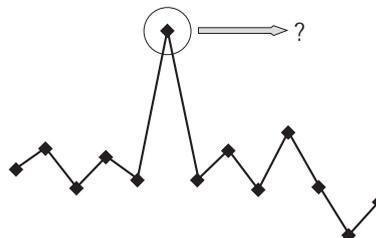


Erros comuns

- Confundir valor absoluto com valor relativo. Exemplo: *Número de erros* versus *percentual de erros*.
- Não considerar confiabilidade metrológica.
- Coleta de dados viciada.
- Falta de definições operacionais.

Atenção

Quando aparecer um ponto muito alto ou baixo, verificar se o dado é verdadeiro e não um erro de coleta.



CARACTERÍSTICAS DE UM BOM INDICADOR

- Refletir a visão do cliente (interno ou externo).
- Indicar o nível de utilização de recursos.
- Ser sensível às variações do processo.
- Ser objetivo e facilmente mensurável.
- Fornecer respostas na periodicidade adequada.
- Estar próximo ao ponto de ocorrência do problema.

Cuidados a serem tomados

- Confiabilidade metrológica.
- Influência de outros fatores além do problema.

Indicadores de ambiente

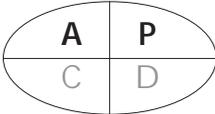
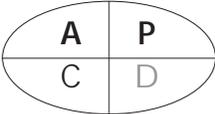
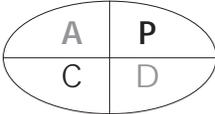
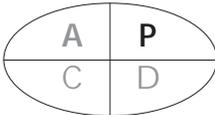
- Nível de motivação.
- Conscientização para a qualidade.
- Capacitação da mão-de-obra.
- Adequação da infra-estrutura para a qualidade.
- Criação de novas atividades.

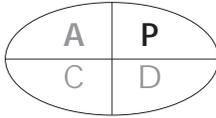
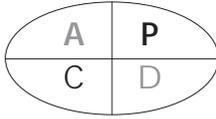
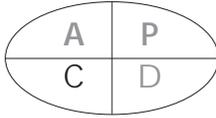
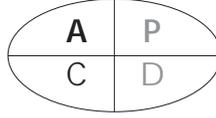
Indicadores de desempenho (eficácia)

- Nível de satisfação do cliente.
- Tempo de atendimento ao chamado da campanha.

Indicadores de atividade (eficiência)

- Tempo médio de permanência.
 - Número de consultas/consultório/período.
 - Índice de giro do leito.
 - Tempo médio para emissão de laudo.
-

FERRAMENTA	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE USO	OBSERVAÇÕES	FASE PDCA
FLUXOGRAMA	Uma representação de um dado processo de trabalho através de símbolos/figuras. Possibilita visualização do processo como um todo e das relações cliente-fornecedor.	As pessoas envolvidas no processo devem ser consultadas para a elaboração e o grau de detalhamento deve ser escolhido conforme a necessidade.	Um estudo inicial do fluxograma deve refletir o processo tal qual ele está sendo operado.	
CHECK-LIST	Formulários especialmente preparados para que os dados sejam coletados de forma simples.	Usado para registrar as ocorrências de defeitos/erros e suas causas, permitindo uma posterior tabulação.	O objetivo deve estar claro.	
PARETO	Um diagrama no qual eventos indesejáveis ou custos ligados à qualidade, produtividade, etc., são estratificados de acordo com suas causas/manifestações e plotados em ordem de importância.	Pode existir uma série de problemas ou causas de problemas indesejáveis. O diagrama permite priorizar a causa ou problema mais crítico.	Muito cuidado na hora de escolher a característica para priorização.	
ISHIKAWA	Um diagrama na forma de espinha de peixe onde podem ser separados de forma clara o problema (efeito) e todas as possíveis causas.	Deve ser desenvolvido em grupo com as pessoas que participam do processo relativo ao problema. Após listadas as possíveis causas, procede-se à priorização.	O problema deve ser único e específico.	

FERRAMENTA	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE USO	OBSERVAÇÕES	FASE PDCA
HISTOGRAMA	Divide uma faixa de valores de alguma característica mensurável em classes e verifica a frequência de valores em cada classe para posterior plotagem (Gráfico de Barras).	Fornece uma visualização do comportamento do processo, permitindo avaliar sua capacidade, assim como padrões de estratificação.	Seguir as regras quanto ao número de dados, classes, etc.	
ESTRATIFICAÇÃO	Conceito usado para buscar diferentes causas ou tipos de problemas.	Pode ser usado no planejamento da coleta de dados ou posteriormente ao uso do Histograma/ Diagrama de Dispersão.	Muitas vezes a estratificação não é claramente notada.	
DIAGRAMA DISPERSÃO	Gráfico onde duas características (pares de dados) são plotadas para verificar possível correlação.	Coleta dados aos pares de duas variáveis (causa/efeito) para checar a existência real da relação de causa e efeito.	Seguir as regras quanto ao número de dados e forma de análise.	
GRÁFICO DE CONTROLE	Gráfico onde determinada característica/indicador de qualidade é plotada ao longo do tempo. Podem ser calculados limites de controle.	Usado para acompanhar o comportamento de um indicador/característica da qualidade. Quando usado com os limites de controle, permite separar causas comuns das especiais.	Seguir as regras quanto ao número de dados, cálculo dos limites, padrões de não-aleatoriedade, etc.	

**PGQ – HC – Programa de Gestão da Qualidade do
Hospital das Clínicas da FMUSP**

Créditos

Dr. Alberto Hideki Kanamura
Superintendente

Dr. Gonzalo Vecina Neto
Diretor executivo do Instituto Central

Dr. Paulino Shiguer Araki
Diretor executivo do Instituto de Radiologia

Dra. Ana Maria Malik
Coordenadora do PGQ – HC

Comitê

Sr. Antonio Carlos Marin
Eng. Antônio José Rodrigues Pereira
Sra. Adélia Ono Tonaki
Sra. Eliana Araújo Romão
Sra. Eliana Rodrigues Carlessi
Sr. Gilberto Taboga
Dra. Isaura Cristina S. de Miranda
Sr. Marco Lorençato
Sr. Oswaldo Vieira Filho
Dr. Paulino Shiguer Araki
Dra. Pubenza Lopes Castellanos

Secretária executiva

Sra. Eliana Rodrigues Romão

ANEXO 2
FERRAMENTAS DE QUALIDADE II

CHUVA OU TEMPESTADE DE IDÉIAS
BRAINSTORMING

O que é

Técnica através da qual se faz uma pergunta acerca de determinado problema e enumeram-se as possíveis causas para seu aparecimento.

Utilidade

- Permite abordagem inicial de problema e seu posterior processamento.
- Esgota as causas de determinado problema a partir da visão do grupo.
- Possibilita a participação de todo o grupo.

Passos

1. Reúna o grupo.
2. Escolha um problema comum ao grupo e relacionado à rotina de trabalho das pessoas.
3. Faça perguntas a respeito do problema.
4. Estimule a exposição e livre discussão das possíveis causas por cada um dos participantes.
5. Verifique a necessidade de quantificar as causas do problema.
6. Comprove numericamente a relevância dessas causas.
7. Discuta possíveis soluções.

Exemplo

Brainstorming:

Por que o doador potencial não chega ao banco de sangue?
(Realizado no Banco de Sangue – Serviço de Desenvolvimento e Garantia de Qualidade – Hospital São Paulo, EPM – Unifesp, 1996.).

Prováveis causas

- Falta de esclarecimento
 - Demora no atendimento
 - Falta de conscientização dos profissionais
 - Falta de incentivo
 - Número de doadores/cirurgia eletiva
-

- Continuidade da orientação
 - Dificuldade para resultado
 - Marcação de horário
 - Falta de divulgação
 - Estacionamento
 - Entrega de resultados
 - Momento do pedido da doação
 - Lanche
 - Número excessivo de pacientes
 - Medo do resultado
 - Mitos em relação à doação
 - Problemas trabalhistas
 - Espaço físico
 - Atendimento impessoal
 - Burocracia
-

ANEXO 3
MANUAL DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Acreditação hospitalar no Brasil

Este trabalho teve como inspiração o *Manual para Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe* de H. Novaes e J.M. Paganini, publicado em língua portuguesa pela Organização Pan-Americana da Saúde, em colaboração com a Federação Brasileira de Hospitais, em 1992.

O presente texto foi elaborado pelo Grupo Técnico de Acreditação de Hospitais, integrado por representantes de: Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Hospitalar do Estado de São Paulo (CQH – APM), 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.

Segunda versão – 1997

Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar (vide página 229)

Proposta de roteiro para a acreditação de hospitais

Este roteiro está padronizado em três níveis, conforme critérios definidos a seguir, o que nos parece facilitar a acreditação dos hospitais, e dar significado a cada um dos níveis.

Dentro de cada um dos capítulos apontados, o instrumento de avaliação contemplou para cada setor, serviço ou função, três níveis com as seguintes características:

Nível 1 – Exigências mínimas

As exigências contidas nesse nível contemplam normas legais do exercício profissional e outras características imprescindíveis para a prestação da assistência médico-hospitalar.

Nível 2 – Padrões de qualidade no atendimento

As exigências contidas nesse nível buscam apontar instituições que, além de cumprirem as obrigações mínimas, adotam boas práticas na organização da assistência médico-hospitalar, bem como têm no paciente o foco central de sua atuação.

Nível 3 – Padrões de excelência

As exigências contidas neste nível buscam apontar as instituições que procuram sistematicamente a melhoria contínua do seu atendimento e atingem padrões de excelência na prestação da assistência médico-hospitalar.

A – PADRÕES OBRIGATÓRIOS PARA TODAS AS INSTITUIÇÕES**I – ADMINISTRAÇÃO GERAL DO HOSPITAL****1 – Direção hospitalar**

Responsável por desenvolver e controlar a execução das políticas da instituição

Nível 1

1. Há um diretor institucional que permanece no estabelecimento no mínimo seis horas nos dias úteis?

Sim Não

2. A instituição conta com responsáveis da área médica e administrativa?

- área médica

Sim Não

- área administrativa

Sim Não

Verificar os nomes dos responsáveis.

Nível 2

3. O responsável pela área administrativa possui habilitação de nível superior comprovada?

Sim Não

Verificar o certificado de administração de empresas.

Nível 3

4. Há um profissional (nível universitário) com especialização em administração hospitalar?

Sim Não

Verificar o certificado de especialização.

5. Há um conselho de administração que funcione com o órgão superior ou máxima autoridade hospitalar?

Sim Não

6. O Conselho de Administração:

- conta com a participação do diretor clínico e administrativo?
 Sim Não
- formula políticas gerais?
 Sim Não
- define e aprova o planejamento operacional?
 Sim Não
- define as prioridades e controla os resultados institucionais?
 Sim Não
- esse Conselho se reúne periodicamente?
 Sim Não

Verificar atas, relatórios e demais documentos relacionados aos itens anteriores, dos últimos dois anos.

2 – Gestão hospitalar

Nível 1

7. Todo profissional (funcionário) possui um prontuário funcional?

Sim Não

Verificar numa amostra aleatória de profissionais de diferentes setores, documentação referente a contrato, certificados, registros profissionais, vida funcional, saúde ocupacional e toda documentação legal obrigatória.

8. A direção tem definido o perfil assistencial dos serviços oferecidos?

Sim Não

Confrontar com a ficha-cadastro.

9. A infra-estrutura instalada está de acordo com o perfil assistencial definido?

Sim Não

Avaliar após a visita em todas as áreas do hospital.

10. Existe registro de habilitação para os profissionais especializados/técnicos contratados?

Sim Não

Verificar uma amostragem aleatória de funcionários de diferentes serviços e níveis hierárquicos.

11. Sobre previsão de despesas:

- é feita uma previsão anual/mensal?

Sim Não

- é feito o seguimento da execução dessa previsão?

Sim Não

Verificar o sistema (todos os subitens).

Nível 2

12. Existem áreas distintas para administração de pessoal e administração financeira?

Sim Não

Verificar os locais e entrevistar responsáveis.

13. Existem as seguintes atividades na Gerência de Recursos Humanos?

- seleção

Sim Não

- treinamento

Sim Não

- reciclagem

Sim Não

- desenvolvimento

Sim Não

- avaliação de desempenho

Sim Não

Verificar registros do último ano (todos os subitens).

14. Existe controle de receitas e despesas?

Sim Não

Verificar o esquema.

15. Todos os profissionais que efetivamente trabalham no hospital, independentemente do vínculo funcional, são cadastrados?

Sim Não

Verificar existência de cadastro do corpo clínico, outros profissionais e de terceirizados (amostragem aleatória dos serviços).

16. Existem padronização e rotinas administrativas voltadas para a gestão de materiais?

- cadastro de fornecedores

Sim Não

- pedidos de compra com especificações detalhadas

Sim Não

- comitê de compras com participação das áreas interessadas

Sim Não

- verificação dos controles de qualidade do fabricante/prestador de serviços

Sim Não

- padronização de produtos

Sim Não

- avaliação interna da qualidade dos produtos e serviços comprados

Sim Não

Verificar todos os itens.

17. A gestão está definida em planejamento institucional calcado em objetivos e metas?

Sim Não

Nível 3

18. Existe controle de custos hospitalares?

Sim Não

Verificar relatórios do último ano.

19. A estrutura administrativa do hospital está dividida em unidades gerenciais?

Sim Não

Entrevistar os gerentes das unidades.

20. Existe planejamento para aquisição de equipamentos?

Sim Não

Verificar registros do último ano.

21. A gestão hospitalar integra o orçamento e o plano de metas?

Sim Não

3 – Garantia da qualidade

Nível 1

22. Há atualização periódica dos prontuários funcionais de todos os profissionais e do registro de certificados de habilitação especializada?

Sim Não

Verificar numa amostra aleatória de prontuários funcionais (diplomas, registros, certificados e outros).

23. Houve pelo menos um projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos?

Sim Não

Verificar relatórios do último ano.

24. Conta com comissões de:

- ética médica?

Sim Não

- controle de infecção hospitalar?

Sim Não

Verificar relatórios e livros de atas do último ano.

Nível 2

25. Um dos critérios para a admissão de profissionais técnicos de nível superior é a análise de seu currículo?

Sim Não

Verificar o resultado da análise por amostragem aleatória (não se aplica a hospitais públicos com contratação centralizada).

26. Executa programas destinados à melhoria da qualidade de assistência médico-hospitalar?

Sim Não

Verificar frequência, participantes, temática e programação das reuniões de avaliação. Examinar atas.

27. Executa programas destinados à melhoria da qualidade do funcionamento administrativo e das áreas de apoio?

Sim Não

Verificar frequência, participantes, temática e programação das reuniões de avaliação. Examinar atas.

28. Conta com Comissões de:

- farmácia e medicamentos?

Sim Não

- prontuários?

Sim Não

- análise de óbitos?

Sim Não

- padronização de materiais?

Sim Não

Verificar relatórios e livros de atas do último ano.

29. São elaborados levantamentos sobre a avaliação do usuário em relação à assistência recebida, através de questionários distribuídos aos pacientes da internação ou ambulatoriais?

Sim Não

Verificar formulários de avaliação e análise de resultados do último ano.

Nível 3

30. Possui grupo coordenador de gestão da qualidade com a participação de, pelo menos, representantes do corpo médico, de enfermagem e administração?

Sim Não

Verificar frequência, participantes, temática e programação das reuniões de avaliação. Examinar atas do último ano.

31. A instituição realiza programas de garantia da qualidade caracterizados pelo treinamento de funcionários?

Sim Não

Verificar frequência, participantes, temática e programação dos treinamentos. Examinar atas do último ano.

32. Existe uma política de desenvolvimento de recursos humanos compatível com a missão e os objetivos da instituição?

Sim Não

Verificar entrevistando funcionários de diferentes níveis hierárquicos a respeito do conhecimento das metas institucionais.

33. Há evidências do uso de métodos e ferramentas de gestão da qualidade e da compreensão desses métodos pela equipe?

Sim Não

Verificar as evidências através de entrevistas com os participantes dos programas e nos relatórios de avaliação.

34. É efetuado o levantamento do perfil epidemiológico da demanda e utilizado como instrumento de gerenciamento?

Sim Não

Verificar relatórios do último ano.

35. Existe serviço de atendimento ao usuário que:

- realiza o atendimento?

Sim Não

- efetua controle deste trabalho?

Sim Não

- realiza pesquisas e levantamentos orientados para a garantia da qualidade?

Sim Não

Verificar relatórios do último ano (pelo menos dois subitens).

36. Existe levantamento periódico da satisfação dos funcionários (trabalhadores)?

Sim Não

Verificar relatórios do último ano.

4 – Saúde ocupacional

Nível 1

37. Existe orientação/treinamento sistemático aos funcionários quanto à prevenção de acidentes do trabalho?

Sim Não

Verificar através de entrevistas e relatórios do último ano.

38. Está prevista a assistência médica em caso de acidentes de trabalho?

Sim Não

Verificar os registros de encaminhamentos do último ano.

39. Existe uso sistemático de dispositivos individuais e coletivos para prevenção de acidentes?

Sim Não

Verificar durante a visita (preencher no final da visita).

40. Existem vestiários equipados com chuveiros para uso dos funcionários? (Excluir os vestiários do CC e CO)

Sim Não

Verificar no local.

41. São realizados exames admissionais para todos os funcionários?

Sim Não

Verificar prontuário funcional.

42. Há fornecimento de uniforme nos setores onde eles são obrigatórios? (Centro Cirúrgico, expurgos de lavanderia e centro de material, áreas de isolamento).

Sim Não

Verificar durante a visita (preencher no final da visita).

Nível 2

43. Existe médico do trabalho que realize:

- exames periódicos dos funcionários?

Sim Não

- atividades de prevenção de moléstias profissionais?

Sim Não

Verificar registros e no local.

44. Existem orientações por escrito descrevendo os riscos de contato com as doenças, procedimentos e equipamentos e as respectivas precauções, de acordo com as particularidades do setor?

Sim Não

Verificar registros.

45. Existe monitoramento de acidentes de trabalho e doenças profissionais com vistas a orientar atividades de prevenção?

Sim Não

Verificar registros.

46. Há divulgação (quadro de avisos/cartazes/painéis, etc.) com instruções para prevenção de acidentes de trabalho nos vários setores do hospital?

Sim Não

Verificar no local.

47. O hospital promove atividades de prevenção antifumo, uso de álcool e drogas, DST e AIDS, e outros?

Sim Não

Verificar registros.

Nível 3

48. O hospital está classificado por áreas ou funções de risco?

Sim Não

Verificar mapas nas unidades.

49. Há programas preventivos implantados de acordo com essa classificação?

Sim Não

Verificar registros e atividades.

5 – Segurança geral

Nível 1

50. O hospital dispõe de saídas de emergência acessíveis e claramente sinalizadas?

Sim Não

Verificar no local e também se os acessos não se encontram obstruídos.

51. Existe um sistema de prevenção e extinção de incêndios?

- existência de extintores revisados periodicamente de acordo com as normas técnicas (NBR 8674/84 – 7532/82)?

Sim Não

- é possível o acesso de veículos do Corpo de Bombeiros a pelo menos duas fachadas do prédio?

Sim Não

Verificar como se processa esse sistema e se abrange todas as áreas do hospital. Verificar o prazo de validade dos extintores.

52. Há treinamento de pessoal sobre o modo de evacuar as instalações em caso de emergência?

Sim Não

Entrevistar pelo menos um dos componentes.

Nível 2

53. Existem corrimões em ambos os lados de todas as escadas?

Sim Não

Verificar no local.

54. Existem hidrantes de parede (NB 24/65-ABNT)?

Sim Não

Verificar durante a visita.

55. De acordo com os tipos de combustíveis usados no hospital:

- são seguidas as recomendações técnicas para o armazenamento (disposição e identificação e especificações para extinção de situação de incêndio)? (NB 98/66)

Sim Não

- os circuitos de distribuição de gases e combustíveis estão devidamente identificados? (EB 46/85)

Sim Não

Verificar funcionamento dos hidrantes - não se aplica em espaços muito pequenos ou construções muito antigas que dificultem a instalação.

56. Existe programação para a manutenção do atendimento em casos de calamidade pública?

Sim Não

Verificar durante a visita.

Nível 3

57. Existem portas corta-fogo (GB 920/EB 132)?

Sim Não

Verificar se as portas corta-fogo permitem o livre acesso às rotas de fuga.

6 – SAME – Histórias clínicas**A. Arquivo médico****Nível 1**

58. Há um local exclusivo para o arquivamento dos prontuários?

Sim Não

59. Há elaboração de histórias clínicas em todos os atendimentos ambulatoriais e internações?

Sim Não

60. Dos prontuários médicos arquivados:

- as folhas dos prontuários estão datadas?

Sim Não

- assinadas, com identificação do paciente e assinatura dos profissionais em todas as folhas?

Sim Não

- possuem anamnese e exame físico, evolução clínica, resumo e/ou diagnóstico de alta?

Sim Não

Verificar uma amostra aleatória de no mínimo dez prontuários no SAME (todos os subitens).

61. Dos prontuários nas unidades de internação:

- há evolução e prescrição médica diárias e atualizadas?

Sim Não

- há anotações de enfermagem diárias e atualizadas?

Sim Não

- registro do resultados de exames complementares?
 Sim Não
- registro das atividades dos demais profissionais de apoio (por exemplo, fisioterapia, psicólogo, serviço social, etc.)?
 Sim Não
- nas clínicas cirúrgica ou obstétrica, constam os relatórios completos de anestesia e cirurgia (ou parto)?
 Sim Não

Verificar uma amostra aleatória de no mínimo três prontuários por unidade de internação.

62. Os atendimentos de emergência estão registrados em fichas (formulários) próprias(os)?

Sim Não

Verificar uma amostra aleatória de prontuários no PS.

63. As anotações nos prontuários são legíveis?

Sim Não

64. Existe um sistema lógico de arquivamento que permita a localização de qualquer prontuário solicitado?

Sim Não

Levantar dez registros de pacientes que foram internados nos últimos dois anos e solicitar que sejam localizados no SAME em no máximo trinta minutos.

65. Existe sistema de resgate de prontuários pelo nome do paciente?

Sim Não

Verificar o esquema.

66. Existe uma única história clínica tanto para o atendimento ambulatorial quanto para internação (prontuário único)?

Sim Não

Nível 2

67. Há controle de entrada e saída de prontuários do arquivo?

Sim Não

68. Qual o sistema utilizado?

- livro

Sim Não

- fichas

Sim Não

- informatizado

Sim Não

- outros _____

Verificar a eficiência do sistema (um subitem).

69. Há uma comissão de revisão de prontuários de caráter multiprofissional?

Sim Não

Verificar registro de atividades.

70. Há fichário nosológico?

Sim Não

Verificar a existência e atualização.

71. Há pessoal lotado exclusivamente para o setor de arquivo?

Sim Não

Nível 3

72. Há normas e padrões definidos e divulgados aos profissionais médicos referentes à elaboração de histórias clínicas, determinados pela comissão de revisão de prontuários?

Sim Não

Verificar a normatização e pesquisar junto ao corpo clínico acerca do seu conhecimento. Entrevistar pelo menos um médico de cada unidade de internação.

73. É possível acessar o arquivo durante as 24 horas do dia?

Sim Não

Verificar escala de distribuição dos funcionários para os diferentes turnos.

74. A comissão de revisão de prontuários faz levantamentos sobre a satisfação dos diferentes usuários dos registros médico-hospitalares?

Sim Não

Verificar o mecanismo e relatórios.

B. Estatística

Nível 1

75. Existe registro estatístico de:

- consultas? *
 Sim Não
- altas clínicas ou cirúrgicas?
 Sim Não
- nascimentos, partos normais, cesarianas? *
 Sim Não
- tempo médio de permanência?
 Sim Não
- intervenções cirúrgicas? *
 Sim Não
- óbitos, mortalidade geral e institucional?
 Sim Não
- taxa de ocupação hospitalar?
 Sim Não

Os subitens * aplicam-se de acordo com o perfil do hospital.

Verificar os relatórios dos últimos doze meses.

76. O sistema de coleta e processamento dos indicadores acima citados obedece a metodologias preconizadas pelo Ministério da Saúde, apresentadas em Portarias, Normas e manuais técnicos?

- Sim Não

Verificar a metodologia de cálculo com os encarregados da elaboração das estatísticas.

Nível 2

77. Há pessoal especificamente dedicado à elaboração de estatísticas do hospital?

- Sim Não
-

78. Além dos indicadores acima citados, a instituição trabalha com outros indicadores de qualidade e produtividade?

- taxa de mortalidade por clínica
 Sim Não
- taxa de mortalidade operatória*
 Sim Não
- taxas de permanência e ocupação por clínica
 Sim Não
- levantamento do perfil nosológico da demanda
 Sim Não
- taxa de rotatividade ou giro do leito
 Sim Não
- taxa de rotatividade de funcionários por categoria e setor
 Sim Não

O subitem * aplica-se de acordo com o perfil do hospital.

79. Os registros estatísticos incluem uma classificação das internações por patologia?

- Sim Não

Qual o modelo de classificação:
CID (Código Internacional de Doenças)?

- Sim Não

Outro? _____

80. Há divulgação ampla das informações processadas?

- Sim Não

Verificar relatórios, esquema de divulgação e entrevistar no mínimo um profissional de cada área.

81. Existem evidências da utilização das estatísticas hospitalares nos processos de gestão?

- Sim Não

Verificar com a alta direção se no último ano algum processo foi fundamentado na análise das informações estatísticas.

Nível 3

82. Os levantamentos estatísticos são utilizados sistematicamente como instrumento para a melhoria da qualidade?

Sim Não

Verificar com a alta direção se no último ano os processos foram sistematicamente fundamentados na análise das informações estatísticas.

83. São organizadas reuniões periódicas de caráter multiprofissional para discussão dos resultados obtidos?

Sim Não

Verificar os relatórios do último ano e a periodicidade em que elas ocorrem.

84. É feito levantamento de indicadores de produtividade e de qualidade das áreas de apoio? (Por exemplo: laboratório, radiologia, lavanderia, SND, etc.)

Sim Não

Verificar os indicadores e a sua utilização.

7 – Informação científica**Nível 1**

85. Existem publicações das quatro clínicas básicas e sobre emergências em forma de tratados ou manuais escritos em português disponíveis nas 24 horas?

Sim Não

Levar em consideração o perfil do hospital.

86. As publicações existentes têm menos de cinco anos?

Sim Não

87. Há textos em local de fácil acesso durante 24 horas no PS e UTIs?

Sim Não

Verificar o material.

Nível 2

88. Possui área física própria?

Sim Não

- há um responsável pela biblioteca?

Sim Não

89. Há controle de entradas e saídas de documentos?

Sim Não

90. Todos os documentos são incorporados após uma avaliação técnica?

Sim Não

91. Existe assinatura de pelo menos duas revistas científicas?

Sim Não

92. Há condições de consulta dos textos dentro do estabelecimento?

Sim Não

93. A coordenação da biblioteca informa o corpo profissional sobre as publicações disponíveis?

Sim Não

Nível 3

94. Possui pessoal exclusivo?

Sim Não

95. Funciona pelo menos seis horas por dia?

Sim Não

96. Tem profissional com formação em biblioteconomia?

Sim Não

97. Existe um programa de incorporação de material a cargo da direção médica com participação dos demais profissionais da instituição?

Sim Não

98. Existe uma programação em consonância com os chefes dos serviços que define as publicações a incorporar e as que são canceladas?

Sim Não

99. Possui índices internacionais atualizados até pelo menos um mês antes?

Sim Não

100. Possui acesso a bancos de dados internacionais para consultas bibliográficas?

Sim Não

101. A coordenação da biblioteca informa o corpo profissional sobre novas aquisições e materiais disponíveis no mercado?

Sim Não

II – ESTRUTURA FÍSICO-FUNCIONAL

1 – Projetos/Plantas

Nível 1

102. A instituição possui projeto arquitetônico aprovado pela autoridade sanitária e Corpo de Bombeiros (se for o caso)?

Sim Não

Verificar plantas e projetos arquitetônicos aprovados pelo órgão local competente.

103. Possui licença de funcionamento (alvará) de todas as edificações e instalações existentes, concedida pela autoridade competente?

Sim Não

Este item não se aplica a regiões onde o alvará não é obrigatório para os hospitais públicos.

Nível 2

104. Há projetos atualizados de instalações:

- hidráulicas: água e esgoto?

Sim Não

- elétricas?

Sim Não

- gases?

Sim Não

105. Há sistema de condicionamento de ar nas áreas críticas: centro cirúrgico/UTI/berçário/central de esterilização?

Sim Não

- Há projeto básico das instalações de ar-condicionado/ventilação mecânica/climatização, contendo: proposição das áreas, descrição do sistema, tipos de filtros e esquema indicando a localização da central?

Sim Não

Analisar documentação pertinente.

Nível 3

106. Possui plano diretor, prevendo a construção e funcionamentos em etapas? (quando estiver em reformas ou expansão)

Sim Não

107. A estrutura arquitetônica permite acesso fácil para manutenção das redes: hidráulica, elétrica, telefônica, etc.?

Sim Não

2 – Acessos

Nível 1

108. Há facilidades para a chegada e saída de pacientes:

- acesso seguro para pedestre?

Sim Não

- acesso facilitado para macas e cadeiras de rodas (rampas, calçada rebaixada, etc.)?

Sim Não

Verificar acessos dos pedestres.

109. Existe pessoal devidamente treinado para orientar e controlar o acesso à instituição durante 24 horas?

Sim Não

Verificar escalas dos funcionários que desempenham a função acima.

Nível 2

110. Possui acesso (entrada/saída) controlado com níveis progressivos de restrição para:

- serviço de emergência?*

Sim Não

- unidade de internação? *
 Sim Não
- funcionários?
 Sim Não
- pacientes ambulatoriais?
 Sim Não
- cadáveres?
 Sim Não
- materiais e resíduos?
 Sim Não
- visitantes/fornecedores?
 Sim Não

*Verificar condições de como são efetuadas as vias de circulação dos itens acima (subitens * aplicam-se segundo o perfil do hospital).*

Nível 3

111. O hospital conta com facilidade de estacionamento dos veículos dos diferentes públicos (próprio ou terceirizado)?
 Sim Não
112. Existe sinalização externa que oriente as pessoas que chegam ao hospital (no mínimo no raio de 500 metros)?
 Sim Não

3 – Circulação

Nível 1

113. Existem instalações para circulação vertical (rampas ou elevadores) de macas e cadeiras de rodas nos estabelecimentos com mais de um pavimento?

Sim Não

Verificar durante a visita.

114. Há facilidade de utilização de macas e cadeiras de rodas em todas as áreas de circulação de paciente?

Sim Não

Verificar durante a visita.

Nível 2

115. Possui uma sinalização de fácil compreensão nos circuitos de circulação interna e áreas de acesso restrito?

Sim Não

Verificar durante a visita.

Nível 3

116. Há independência entre as áreas de espera de pacientes deambulantes ou dos transportados em macas/cadeiras de rodas nas unidades de emergência, radiologia, laboratório, outros?

Sim Não

Verificar durante a visita.

117. Todos os fluxos de pacientes, funcionários, materiais e resíduos evitam cruzamentos que possam facilitar a contaminação?

Sim Não

Verificar durante a visita.

4 – Instalações/Sistema elétrico**Nível 1**

118. As características e a capacidade do sistema elétrico obedecem a padrões de segurança (ou seja, as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT) e às demais especificações indispensáveis a uma unidade hospitalar?

Sim Não

Verificar durante a visita se não existem fios expostos e desencapados ou sobrecarga de ligação de equipamentos em uma mesma tomada.

119. Possui sistemas alternativos de geração de energia e de iluminação para os locais de circulação e áreas críticas?

Sim Não

Áreas críticas: UTIs, berçários, centro cirúrgico, centro obstétrico, elevadores, emergência, laboratório, banco de sangue e farmácia.

120. Existe verificação periódica do funcionamento desse sistema?

Sim Não

Verificar periodicidade e registro dos testes.

121. Existe(m) funcionário(s) responsável(is) pelo gerador no caso de o sistema ser manual?

Sim Não

Verificar a existência de funcionários através de entrevistas, bem como o tempo para esse funcionário ser localizado e chegar ao setor.

Nível 2

122. Há sistemas alternativos automáticos de geração de energia para as áreas críticas?

Sim Não

Nível 3

123. Existem sistemas de manutenção permanente de geração de energia e de iluminação de emergência para todo o hospital?

Sim Não

5 – Manutenção geral

Nível 1

124. Possui equipe mínima de plantão ou alcançável para pequenos reparos de emergência e manutenção predial?

Sim Não

Entrevistar esses profissionais.

125. Possui equipe mínima própria ou alcançável para pequenos reparos de emergência dos equipamentos médico-hospitalares?

Sim Não

Entrevistar esses profissionais.

126. As condições gerais do prédio permitem o funcionamento sem colocar em risco os diferentes públicos?

Sim Não

Verificar: teto (goteiras, umidade, rachaduras); paredes (pintura, mofo); piso (limpo, liso, frestas); janelas (vidraças em bom estado); portas.

Nível 2

127. Conta com setor de manutenção predial estruturado (hidráulica/elétrica)?

Sim Não

Verificar manutenção preventiva (pode ser contrato).

128. Possui um setor organizado que faz a manutenção dos equipamentos ou acompanha os contratos de manutenção?

Sim Não

Verificar a manutenção preventiva de dois tipos de equipamentos escolhidos aleatoriamente.

Nível 3

129. Conta com serviço de engenharia de manutenção e obras que executa ou fiscaliza contratos, com equipe completa no horário comercial e regime de plantão noturno e final de semana?

Sim Não

Verificar contratos e escalas de funcionários (este item não se aplica a hospitais de baixa complexidade).

130. Conta com serviço de engenharia clínica, próprio ou contratado, para execução da manutenção ou acompanhamento dos contratos de manutenção de equipamentos?

Sim Não

Verificar contratos e escalas de funcionários (este item não se aplica a hospitais de baixa complexidade).

131. Possui plano diretor de aquisição, substituição e conserto de equipamentos?

Sim Não

Verificar o conteúdo do plano (este item não se aplica a hospitais de baixa complexidade).

132. Possui plano diretor de manutenção predial?

Sim Não

Verificar o conteúdo do plano.

6 – Controle de resíduos e potabilidade da água

Nível 1

133. Existem rotinas de:

- limpeza periódica (a cada 6 meses) do reservatório de água?

Sim Não

- desratização e desinsetização?

Sim Não

Verificar registros e programação dessas atividades.

134. Os reservatórios de água do estabelecimento estão cobertos permanentemente?

Sim Não

Examinar os reservatórios.

135. Existe reservatório com capacidade suficiente para garantir o abastecimento ininterrupto de água?

Sim Não

Verificar a última ocorrência de falta de água no hospital.

136. O hospital é abastecido de água tratada ou trata no local e realiza análises periódicas (cloro residual livre, coliformes fecais) de amostras coletadas nos principais pontos de consumo?

Sim Não

Verificar resultado das análises.

137. O hospital é servido por rede de esgoto ou possui fossa séptica com tratamento adequado?

Sim Não

Verificar tratamento do esgoto e limpeza da fossa séptica caso não esteja ligada à rede pública.

138. Há um sistema de saída para os resíduos sólidos em condições de segurança?

Sim Não

Verificar o fluxo e manipulação (NBR 1280).

139. O hospital possui um local específico (ventilado, fechado e telhado) e exclusivo para o armazenamento de resíduos sólidos, com saída diferente da circulação do público?

Sim Não

Verificar o local (NBR 1280).

Nível 2

140. Existe sistema de coleta seletiva dos resíduos sólidos?

Sim Não

Verificar o sistema.

Nível 3

141. Existe manutenção preventiva de todas as instalações sanitárias e hidráulicas?

Sim Não

Verificar.

7 – Conforto na internação**Nível 1**

142. Todos os ambientes do hospital para acomodação dos pacientes (quartos e enfermarias) possuem iluminação natural?

Sim Não

Verificar durante a visita.

143. Todos os ambientes do hospital para acomodação dos pacientes (quartos e enfermarias) possuem ventilação natural?

Sim Não

Verificar durante a visita.

144. É respeitada a privacidade do paciente (unidades de internação, unidades de apoio diagnóstico e serviço de emergência)?

Sim Não

Verificar durante a visita (biombos, cortinas, portas, etc.).

145. Há local ou sistema de guarda de pertences?

Sim Não

Verificar durante a visita (qualquer lugar do hospital).

146. Todos os quartos, independentemente do número de leitos, possuem banheiro anexo?

Sim Não

- Os banheiros permitem a passagem de cadeiras de banho e/ou de rodas?

Sim Não

Verificar durante a visita.

147. É respeitado o livre acesso a todos os lados do leito?

Sim Não

Verificar durante a visita.

148. Todos os pacientes dispõem, à cabeceira do leito, de alarme para a chamada do pessoal de enfermagem?

Sim Não

Verificar o funcionamento em pelo menos um quarto por unidade.

149. Em todos os andares de internação há pelo menos um carrinho (ou similar) equipado com material de emergência?

Sim Não

Verificar ambu, laringoscópio, cânulas, medicação de emergência (adrenalina, atropina, dopamina, gluconato de cálcio, bicarbonato de sódio). Esses materiais devem estar dispostos de maneira a permitir seu acesso e uso rápido.

Nível 2

150. Os banheiros das unidades de internação dispõem de água fria e quente?

Sim Não

Verificar o funcionamento (levar em consideração o clima local).

151. As enfermarias têm no máximo quatro leitos?

Sim Não

Verificar durante a visita.

Nível 3

152. Possui apartamentos individuais com direito a acompanhante?

Sim Não

Verificar durante a visita (levar em consideração os convênios e hospitais públicos).

153. Existe sistema de condicionamento de ar?

Sim Não

Verificar a manutenção do sistema, frequência de troca dos filtros e limpeza do sistema.

154. Os banheiros possuem barras de apoio para os pacientes?

Sim Não

Verificar durante a visita.

155. Os banheiros possuem campainhas para os pacientes se comunicarem com a enfermagem?

Sim Não

Verificar durante a visita.

156. As portas dos banheiros se abrem para o interior do quarto ou são escamoteáveis?

Sim Não

Verificar durante a visita.

III – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

1 – Continuidade da assistência médica

Nível 1

157. Existe um diretor clínico ou médico responsável pelas unidades de internação?

Sim Não

Esse profissional deve estar presente durante a visita.

158. Existem profissionais médicos em tempo parcial ou integral que se ocupam do seguimento dos pacientes internados?

Sim Não

159. O paciente (ou o responsável por ele) é previamente informado das condutas médicas e dos passos tomados para seu tratamento?

Sim Não

160. Cada paciente tem um médico responsável que centraliza as indicações dos especialistas?

Sim Não

Perguntar a pacientes escolhidos aleatoriamente se eles sabem o nome do "seu" médico e se ele informa sobre os procedimentos e diagnósticos.

161. Esses profissionais passam visitas diárias em todos os leitos e atualizam as prescrições e evoluções médicas?

Sim Não

Examinar amostra de prontuários nas enfermarias.

162. Existe um médico de plantão no local ou a distância durante 24 horas?

Sim Não

Verificar: acima de cinquenta leitos, o plantonista deve estar no local (CFM).

Nível 2

163. Existem médicos no local, 24 horas/dia, todos os dias, com a responsabilidade pelos cuidados dos pacientes internados?

Sim Não

Verificar escala dos médicos plantonistas e diaristas.

164. O modelo assistencial contempla o trabalho multiprofissional nas unidades de internação?

Sim Não

Verificar as atividades, os registros, e entrevistar os profissionais.

165. Existe reunião clínica periódica para a discussão de casos clínicos?

Sim Não

Verificar programação das reuniões, entrevistar médicos aleatoriamente.

166. Há garantia de seguimento marcado para todos os pacientes saídos?

Sim Não

Verificar o esquema. Caso o paciente seja internado por médico particular, este item será considerado como cumprido.

Nível 3

167. O modelo assistencial integra atividades preventivas, curativas e de reabilitação?

Sim Não

Entrevistar profissionais e pacientes. Assistir a essas atividades quando possível.

168. Há possibilidade de integração com o seguimento domiciliar?

Sim Não

Verificar o esquema.

169. Existem práticas de avaliação dos processos clínicos e dos seus resultados?

Sim Não

Verificar existência de protocolos, resultado de estudos e qualquer outro método de avaliação das condutas clínicas e de seus resultados.

170. Existe comissão (ou atividade) de análises de óbitos:

- de caráter multiprofissional?

Sim Não

- conta com a participação de patologista?
 Sim Não
- trabalha com o objetivo de controle da qualidade?
 Sim Não

Verificar com o corpo clínico seu conhecimento sobre essas atividades (pelo menos dois subitens).

2 – Transferências e referências

Nível 1

171. Os pacientes atendidos na instituição contam com algum sistema de referência para procedimentos especializados de diagnóstico ou prestação de serviços de maior complexidade?

Sim Não

Verificar existência de lista com nome, endereço e telefone das instituições que servem de referência. Deve ser acessível ao pessoal médico, de enfermagem e da recepção.

172. Quem determina as transferências é um médico presente no momento?

Sim Não

Verificar com o corpo clínico e enfermagem.

173. Existe pessoa responsável pelos procedimentos de transferência e encaminhamentos, inclusive procura de vagas?

Sim Não

Verificar, no caso de pacientes internados ou em observação, com patologias de complexidade que extrapolem a capacidade do hospital, se houve tentativa de transferência.

174. Os pacientes são encaminhados com documentação que contenha resumo clínico, diagnóstico, exames realizados e condutas tomadas?

Sim Não

Verificar com o corpo clínico e enfermagem.

175. Há meio de transporte próprio ou contratado que conta com os seguintes elementos:

- acompanhante treinado em emergências?

Sim Não

- oxigênio e material de reanimação?

Sim Não

Verificar com o pessoal responsável pelas remoções.

Nível 2

176. A instituição tem critérios clínicos precisos relativos às transferências de pacientes para outros estabelecimentos?

Sim Não

177. Existe encaminhamento para serviços ou estabelecimentos (ambulatório ou serviços de menor complexidade) para o seguimento e o prosseguimento do tratamento dos casos que superaram a fase crítica?

Sim Não

178. Há meio de transporte próprio ou contratado que conta com os seguintes elementos:

- assistência médica?

Sim Não

- equipamentos para medicina crítica?

Sim Não

- incubadora de transporte?*

Sim Não

- medicação de emergência?

Sim Não

*Verificar com o pessoal responsável pelas remoções (o subitem * aplica-se de acordo com o perfil do hospital).*

Nível 3

179. Existem condutas padronizadas para o atendimento inicial, forma mais adequada de transferência e relação de estabelecimento mais adequado para, pelo menos três das seguintes situações:

- insuficiência respiratória?

Sim Não

- insuficiência circulatória?

Sim Não

- insuficiência supra-renal aguda?

Sim Não

- casos psiquiátricos agudos?

Sim Não

- abdômen agudo?

Sim Não

- quadro neurológico agudo?

Sim Não

- politrauma?

Sim Não

Verificar a existência de protocolos e o seu conhecimento pela equipe.

180. Existe mecanismo de seguimento dos encaminhamentos e transferências?

Sim Não

181. A instituição faz avaliação do estabelecimento de referência?

Sim Não

Verificar o esquema.

3 – Central de processamento de materiais

Nível 1

182. Há um local, situado em área de circulação restrita, onde se realizam a preparação e a esterilização de todos os materiais da instituição?

Sim Não

183. As estufas estão equipadas com termômetro e termostato?

Sim Não

Verificar manutenção de estufas.

184. A área de serviço tem três setores:

- recepção e lavagem?

Sim Não

- preparo e acondicionamento de materiais?

Sim Não

- esterilização e estocagem?

Sim Não

185. A área de estocagem dispõe de bancadas, estantes e armários para armazenamento de material esterilizado?

Sim Não

186. É feita monitorização visual dos materiais esterilizados por meio de fita termossensível?

Sim Não

Verificar data de esterilização do material estocado.

187. Todos os procedimentos de esterilização de materiais pelo calor estão centralizados na CME?

Sim Não

188. Os materiais são esterilizados preferencialmente em autoclaves?

Sim Não

189. São efetuados controles biológicos do processo de esterilização (autoclave) no mínimo uma vez por semana?

Sim Não

190. Caso os materiais termossensíveis sejam esterilizados pelo método químico, verificar:

- controle da validade da diluição/ativação do produto
- os materiais esterilizados por esse método não podem ser estocados

Nível 2

191. O pessoal que realiza os procedimentos de esterilização tem capacitação específica e é supervisionado por enfermeiro?

Sim Não

192. Existem normas e rotinas, aprovadas pela CCIH, contendo especificações sobre:

- procedimentos de limpeza e desinfecção do material?

Sim Não

- técnicas de acondicionamento?

Sim Não

- tempo de esterilização conforme as técnicas utilizadas?

Sim Não

Verificar os manuais e a data de elaboração (a última revisão deve ser inferior a cinco anos).

193. Os setores são diferenciados e separados por portas ou visores e a circulação dos funcionários impede o cruzamento da área limpa com a área suja?

Sim Não

194. A comunicação com o exterior se realiza através de um balcão ou guichê de recepção e entrega de materiais?

Sim Não

Nível 3

195. A produção é planejada de acordo com a demanda das unidades atendidas?

Sim Não

Verificar centro cirúrgico, apoio diagnóstico, etc.

196. A produção é feita pelo sistema de lotes, que identificam o funcionário, autoclave e data do processo?

Sim Não

Verificar a produção da central.

197. Esteriliza materiais termossensíveis por meio de óxido de etileno?

Sim Não

- serviço próprio

Sim Não

- contratado

Sim Não

198. Se acaso realizar esterilização por óxido de etileno no local, conta com:

- sistema de ar-condicionado e exaustão de gases?

Sim Não

- sistema elétrico à prova de explosões?

Sim Não

Verificar laudos técnicos da área.

199. Fazem-se controles biológicos de todos os materiais esterilizados?

Sim Não

Verificar os resultados dos testes.

200. Faz-se análise dos resíduos de óxido de etileno?

Sim Não

(Em caso de serviço contratado, verificar relatórios dessas análises para cada lote).

4 – Serviço de enfermagem

Enfermeiros _____ % _____

Técnicos _____ % _____

Auxiliares _____ % _____

Atendentes _____ % _____

Total _____ % _____

Enfermeiros/leito _____

Técnicos/leito _____

Auxiliares/leito _____

Atendentes/leito _____

Pessoal/leito _____

Nível 1

201. O responsável pelo serviço tem título de enfermeiro?

Sim Não

202. Os sinais vitais dos pacientes internados são verificados no mínimo duas vezes ao dia?

Sim Não

203. O intervalo mínimo de verificação dos sinais vitais exclui as áreas de pacientes críticos ou os que têm indicação específica diferente?

Sim Não

Verificar UTIs, pronto-socorro, berçários, enfermarias, etc.

204. Os procedimentos são registrados no prontuário em espaço destinado à evolução/anotação da enfermagem?

Sim Não

Verificar na amostra de prontuários do arquivo, assim como nos da enfermaria.

205. Os cuidados são executados por pessoal com qualificação profissional?

Sim Não

Verificar registro profissional do auxiliar, técnico e enfermeiro.

206. Todo o pessoal admitido recebe treinamento teórico e prático ministrado por enfermeiro?

Sim Não

Verificar se há registro do treinamento, carga horária e conteúdo.

Nível 2

207. Existe um serviço/gerência de enfermagem encarregado da seleção, treinamento, dimensionamento e administração do pessoal de enfermagem?

Sim Não

208. O responsável técnico pelo serviço de enfermagem responde diretamente ao diretor da instituição?

Sim Não

209. Todos os responsáveis técnicos das unidades têm título de enfermeiro?

Sim Não

Verificar nas UTIs, enfermarias, centro cirúrgico, centro obstétrico, etc.

210. Nas anotações de enfermagem são registradas observações sobre o estado geral e psíquico do paciente, assim como os controles e cuidados ministrados?

Sim Não

Verificar na amostra de prontuários do arquivo, assim como nos da enfermaria.

211. Existem normas, procedimentos e rotinas operacionais escritos e atualizados nos últimos dois anos em todos os postos de enfermagem?

Sim Não

Verificar em cada posto a existência das normas e se contêm instruções sobre procedimentos de enfermagem rotineiros.

212. A proporção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem é maior do que a de pessoal não-habilitado?

Sim Não

213. Existem atividades de educação continuada, baseadas nas necessidades assistenciais nos diversos serviços?

Sim Não

Verificar atividades e programação.

214. O serviço de enfermagem faz levantamentos de satisfação do usuário e investiga as causas? (Servem os levantamentos feitos pelo SAC).

Sim Não

Verificar registros.

Nível 3

215. Existem planejamento e organização do atendimento de enfermagem, definidos em planos assistenciais/prescrição de enfermagem?

Sim Não

Verificar na amostra de prontuários e nas unidades de internação.

216. Existem práticas de avaliação de procedimentos de enfermagem e de seus resultados?

Sim Não

Verificar existência de protocolos, resultado de estudos e qualquer outro método de avaliação dos processos e resultados.

217. O corpo de enfermagem participa de reuniões clínicas multiprofissionais?

Sim Não

Verificar junto ao serviço de enfermagem.

5 – Controle de infecção hospitalar

Nível 1

218. Há protocolos de procedimentos escritos sobre:

- lavagem das mãos?

Sim Não

- usos de antissépticos e desinfetantes?

Sim Não

- precauções padrão com sangue e fluidos corporais (biossegurança)?
 Sim Não
- curativos de feridas?
 Sim Não
- cuidados com cateteres intravasculares e urinários?
 Sim Não
- limpeza hospitalar?
 Sim Não

Verificar a existência desses protocolos e se são divulgados e cumpridos pelos profissionais. Entrevistar também os funcionários.

219. O pessoal hospitalar recebe treinamento específico, sistemático e periódico sobre o assunto (item 218) no próprio estabelecimento?

Sim Não

220. O método de vigilância epidemiológica é realizado por meio de um dos subitens abaixo:

- busca ativa de casos?
 Sim Não
- busca passiva (ficha de notificação)?
 Sim Não
- misto?
 Sim Não

221. Há pelo menos um médico e um enfermeiro encarregado pela execução das ações de controle de infecções (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)?

Sim Não

222. Existe facilidade de isolamento para todos os portadores de doenças infecto-contagiosas, quando necessário?

Sim Não

Verificar durante a visita nas unidades de internação e unidades críticas.

Nível 2

223. Existe uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que planeja, normatiza e assessora a direção do hospital com as seguintes características:

- as reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas?

Sim Não

- nos registros das atas existem evidências de definição das diretrizes para a ação de controle de infecção hospitalar do ano corrente?

Sim Não

- as informações coletadas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica são avaliadas e confrontadas com o trabalho do SCIH?

Sim Não

Verificar atas e registros do último ano (todos os subitens).

224. O programa de prevenção e controle das infecções hospitalares registra e analisa os subitens abaixo:

- identificação das cepas prevalentes?

Sim Não

- perfil de resistência microbiana?

Sim Não

Verificar atas e registros dos dois últimos anos (todos os subitens).

225. O programa de prevenção e controle das infecções hospitalares contempla ações de uso racional e padronizado de antibioticoterapia baseadas em indicadores levantados?

Sim Não

Verificar o sistema usado.

226. Os relatórios produzidos pelo SCIH são divulgados para pelo menos um dos subitens abaixo:

- áreas, unidades ou departamentos?

Sim Não

- para todos os profissionais médicos?

Sim Não

- para as demais comissões multiprofissionais além da CCIH?

Sim Não

Verificar entrevistando os profissionais.

227. Há monitoramento e treinamento periódicos do pessoal (médicos, enfermagem) sobre técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica?

Sim Não

Verificar registros e relatórios produzidos.

228. O SCIH executa análise dos dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica através de ferramentas da epidemiologia que permita a identificação de um surto em tempo hábil para medidas de controle?

Sim Não

Verificar as ferramentas utilizadas (ex.: Diagrama de controle) e analisar a eficácia.

229. Existem ações de imunização ativa em profissionais de saúde em atividades de risco?

Sim Não

Verificar médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, banco de sangue, diálise, etc.

Nível 3

230. A detecção de casos de infecção hospitalar pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é feita com base em definições preestabelecidas?

Sim Não

231. São utilizados métodos ativos de vigilância epidemiológica, orientados em sistema que lhe permita comparações entre instituições assemelhadas?

Sim Não

Verificar registros e relatórios.

232. O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou de integração com o seu serviço de ambulatorios e serviços de saúde da comunidade para as ações de prevenção e detecção de casos de infecção hospitalar?

Sim Não

6 – Serviço de nutrição e dietética

233. Existe pelo menos uma nutricionista e/ou técnico em nutrição no estabelecimento que obedece a horário regular?

Sim Não

Verificar: este requisito pode ser “perdoado” em instituições localizadas em regiões com dificuldade para ter esse tipo de profissional, ou com número de leitos inferior a trinta.

234. O serviço dispõe de um manual de dietas por patologia, disponível nas enfermarias, que detalha a composição de nutrientes?

Sim Não

Verificar: este item é obrigatório para as instituições que não têm nutricionista no seu quadro de pessoal.

235. O manual de dietas contempla no mínimo dietas para patologias do aparelho digestivo, diabetes, dietas branda, líquida, hipossódica, hipo e hiperprotéica?

Sim Não

Verificar: este item é obrigatório para as instituições que não têm nutricionista no seu quadro de pessoal.

236. Existe relação entre as dietas do dia efetivamente recebidas pelos pacientes e as diferentes prescrições dietéticas?

Sim Não

Verificar o esquema de controle.

237. A cozinha dispõe de:

- frigorífico ou geladeiras em funcionamento?

Sim Não

- telas nas janelas?

Sim Não

- locais específicos de armazenamento de mantimentos?

Sim Não

- piso lavável?

Sim Não

238. São cumpridas as normas de higiene?

- limpeza do local, ausência de resíduos no piso e de acúmulos de água
 Sim Não
- pessoal uniformizado com touca, avental, calçados fechados
 Sim Não
- pias com sabão para lavar as mãos
 Sim Não

Verificar higiene geral, ausência de roedores e insetos.

239. Conta com área para preparação de fórmulas lácteas com as seguintes características:

- área de higienização?
 Sim Não
- área de preparo?
 Sim Não
- normas específicas sobre o modo de preparar as diferentes fórmulas?
 Sim Não
- são colhidas amostras das preparações, uma vez por semana, e feitas análises microbiológicas?
 Sim Não

Verificar áreas, adequação dos fluxos, normas e resultados das análises. Este item é obrigatório para hospitais pediátricos, UTIs pediátricas e/ou berçário patológico (todos os subitens).

240. Existe um sistema que garanta a chegada regular de comida quente?

- Sim Não

241. Os pacientes consideram a alimentação satisfatória?

- Sim Não

Entrevistar quinze pacientes e verificar se pelo menos 50% deles consideram a alimentação boa.

Nível 2

242. Dispõe de nutricionista para:

- organização do serviço?
 Sim Não
- visitas diárias a todas as enfermarias?
 Sim Não
- supervisão da produção?
 Sim Não

Verificar todos os subitens.

243. A(s) nutricionista(s):

- planeja(m) a compra de provisões?
 Sim Não
- organizam o cardápio diário?
 Sim Não

Verificar todos os subitens.

244. A área física é dividida em:

- área de pré-preparo (área fria)?
 Sim Não
- área de preparo e cocção (área quente)?
 Sim Não

Verificar: a divisão não precisa ser física; pode ser só funcional (todos os subitens).

245. Existem normas e rotinas escritas para todos os subitens:

- recepção dos gêneros alimentícios?
 Sim Não
- preparo dos alimentos?
 Sim Não
- técnicas de conservação de alimentos?
 Sim Não

246. O serviço faz levantamentos de satisfação do usuário a respeito do cardápio, quantidade e temperatura dos alimentos?

Sim Não

247. O serviço de nutrição planeja, acompanha e supervisiona as atividades de desratização e desinsetização do seu setor?

Sim Não

Verificar a programação dessas atividades (este item não se aplica caso exista uma política centralizada para essas atividades).

Nível 3

248. Existe um serviço de nutrição que intervém diretamente na prescrição dietética dos pacientes nutricionalmente comprometidos?

Sim Não

- Acompanha a evolução do estado nutricional desses pacientes?

Sim Não

Verificar: selecionar, durante a avaliação, os casos com intervenção nutricional, revisar as histórias clínicas e avaliar se o SND interveio na indicação, dosagem e supervisão do esquema nutricional ministrado. Avaliar se o SND teve influência determinante na nutrição do paciente durante o período de internação.

249. Há possibilidade de acompanhamento ambulatorial na área de nutrição?

Sim Não

250. Existe equipe multiprofissional que atua em programas de educação alimentar?

Sim Não

251. Existem atividades de controle de qualidade em todas as fases do processo?

- recepção e armazenamento de gêneros

Sim Não

- preparo e cocção

Sim Não

- distribuição

Sim Não

Verificar o método e resultados (todos os subitens).

7 – Serviço de farmácia

Nível 1

252. O serviço tem um responsável técnico:

- farmacêutico?
 Sim Não
- médico?
 Sim Não

Verificar: conforme a regulamentação do CFF, o responsável pelo serviço deve ser farmacêutico. Só será considerada a possibilidade de um médico ser o responsável nas regiões onde há baixa concentração de profissionais farmacêuticos.

253. Existe área própria para armazenamento de medicamentos?

- Sim Não

254. A área conta com geladeira exclusiva para conservação de medicamentos?

- Sim Não

- a geladeira está ligada ao sistema alternativo de energia elétrica e tem termômetro de temperatura máxima e mínima?

- Sim Não

Examinar os registros de controle de temperatura.

255. O serviço faz controle de estoque?

- Sim Não

Verificar o sistema de controle do estoque e constatar em pelo menos dez medicamentos a coincidência entre o estoque real e o registrado.

256. Se o sistema de distribuição é dose coletiva, há um controle rigoroso da validade dos medicamentos?

- Sim Não

Verificar o esquema de controle nas enfermarias e sua eficácia.

257. Há um rigoroso controle dos medicamentos psicoativos controlados (portarias do MS) quanto a:

- armazenamento?
 Sim Não

- estoques satélites (centro cirúrgico, pronto-socorro, UTIs)?

Sim Não

- distribuição para as unidades de internação?

Sim Não

Verificar os controles e o correto preenchimento dos livros de controle da Vigilância Sanitária (todos os subitens).

258. Existe farmacêutico com jornada mínima de seis horas diárias no serviço?

Sim Não

259. A farmácia trabalha em consonância com a CCIH na normatização e dispensação do uso terapêutico e profilático de antibióticos?

Sim Não

Verificar o método de controle de consumo de antibióticos.

260. Existe, e se atualiza, uma relação de medicamentos padronizados para uso do estabelecimento?

Sim Não

Verificar a existência das normas e a relação dos medicamentos padronizados e sua disponibilidade nas unidades de internação.

261. As compras de medicamentos são programadas e efetuadas de acordo com a padronização?

Sim Não

Verificar compatibilidade dos medicamentos disponíveis com a lista.

262. O sistema de distribuição se dá por meio de:

- dose unitária?

Sim Não

- dose individualizada?

Sim Não

Verificar o sistema e controles.

263. A respeito do sistema de distribuição por dose unitária/individualizada:

- há padronização de horários para recebimento de receitas?

Sim Não

- há normas escritas para o fracionamento e embalagem dos medicamentos?
 Sim Não
- existe local específico para a tarefa?
 Sim Não
- há rotinas escritas e aprovadas pela CCIH para a limpeza dessa área?
 Sim Não
- os profissionais da área são técnicos farmacêuticos com supervisão do farmacêutico responsável?
 Sim Não
- fluxo laminar caso fracione/prepare injetáveis (dose individualizada)?
 Sim Não

Verificar todos os subitens.

264. Tem condições de garantir o fornecimento de fórmulas de nutrição parenteral?

Sim Não

- compra de terceiros
 Sim Não

Verificar se o responsável pela farmácia conhece e acompanha as medidas de controle de qualidade da empresa contratada.

- fabricação própria
 Sim Não

Verificar os itens correspondentes à capela de fluxo laminar.

(Este item é obrigatório para hospitais com perfil cirúrgico, UTI, oncológico e de assistência de nível terciário).

265. Caso possua capela de fluxo laminar, há:

- rotinas escritas de limpeza da área?
 Sim Não
- rotinas escritas para a produção?
 Sim Não
- rotina de análises microbiológicas dos produtos nela manipulados?
 Sim Não

Verificar todos os subitens.

Nível 3

266. Há dispensação durante as 24 horas com pessoal específico do setor?

Sim Não

Verificar a escala e a programação de plantões.

267. Há atividades sistemáticas de avaliação da utilização de medicamentos, de reações adversas e de outras questões referentes à farmacovigilância na instituição?

Sim Não

Verificar o sistema.

8 – Central de processamento de roupas

Serviço próprio Contratado

Nível 1

268. A retirada de roupa suja e a entrega de roupa limpa são realizadas diariamente durante o ano inteiro?

Sim Não

Verificar o esquema para feriados e finais de semana.

269. Há roupas em número suficiente para atender a demanda?

Sim Não

Verificar com pacientes e pessoal da enfermagem se são efetuadas as trocas diárias e o suprimento de roupas para o centro cirúrgico.

270. As roupas utilizadas são transportadas em sacos impermeáveis e em “carrinho” fechado?

Sim Não

271. Estão disponíveis, na área de lavagem, as “receitas” para os processos de lavagem?

Sim Não

Questionar o pessoal do serviço sobre o conhecimento a respeito do processo de lavagem de roupas. Não se aplica a máquinas com dosador automático.

272. Os funcionários que manipulam a roupa suja estão devidamente uniformizados com gorro, máscara, luvas, botas e roupas exclusivas do setor?

Sim Não

273. O local apresenta condições aceitáveis de ventilação, temperatura e ruído?

Sim Não

274. O processamento de roupas na lavanderia utiliza o sistema de barreira de contaminação?

Sim Não

Verificar que, além da barreira física, seja controlada a não circulação de funcionários entre as áreas limpas, indiscriminadamente.

275. Há uma estrutura que garanta pequenos reparos nas roupas?

Sim Não

Verificar máquina de costura, tecidos, etc.

276. É feita uma contagem (anual/semestral, etc.) das roupas em uso?

Sim Não

Nível 2

277. O encarregado do setor tem treinamento específico em lavanderia hospitalar?

Sim Não

Verificar certificados, etc.

278. Há normas escritas a respeito de:

- coleta das roupas sujas nas unidades?

Sim Não

- entrega das roupas limpas?

Sim Não

- processo de lavagem (não se aplica a serviços externos)?

Sim Não

279. A troca da roupa de cama de pacientes com feridas abertas e/ou secreções é efetuada sempre que necessário?

Sim Não

Verificar numa amostra de pacientes que apresentam vias abertas de diferentes tipos e/ou secreções anormais ou patológicas, a satisfação em relação à troca diária de roupa de cama.

280. As roupas se encontram em bom estado de conservação?

Sim Não

Verificar na enfermaria e na rouparia.

281. Os insumos utilizados foram padronizados pela CCIH?

Sim Não

282. Existe um sistema de controle da entrada e saída de roupas da lavanderia?

Sim Não

Verificar o controle, sua eficácia e utilização.

Nível 3

283. Há padronização (cores, desenho, etc.) das roupas, entre as diferentes unidades de internação?

Sim Não

284. É fornecido ao paciente, durante a internação, o enxoval completo (roupa de cama, toalhas, pijama e robe)?

Sim Não

285. Todos os funcionários são treinados para diminuir os riscos de acidentes e moléstias profissionais ligados a este serviço?

Sim Não

286. São feitos levantamentos, junto aos pacientes, a respeito da qualidade das roupas, (textura e odor)?

Sim Não

9 – Higiene hospitalar

Serviço próprio Serviço contratado

Nível 1

287. O pessoal do serviço recebe instruções básicas a respeito de:

- técnicas de varrer?

Sim Não

- desinfecção de superfícies?

Sim Não

- limpeza terminal de todas as unidades?

Sim Não

- manuseio do lixo hospitalar?

Sim Não

Considerar todos os subitens.

288. O pessoal da limpeza está devidamente uniformizado (roupas, luvas, botas e gorro específicos para a função)?

Sim Não

289. Todos os ambientes são limpos diariamente?

Sim Não

290. O lixo de todas as unidades é retirado diariamente?

Sim Não

Verificar a limpeza dos ambientes e ausência de acúmulos de lixo.

291. O local de depósito de resíduos sólidos é lavado diariamente?

Sim Não

Nível 2

292. Há um encarregado do setor devidamente treinado?

Sim Não

- caso o serviço seja terceirizado, há um supervisor do contrato que represente o hospital?

Sim Não

Entrevistar o responsável.

293. Há normas escritas e padronizadas pela CCIH para:

- limpeza diária de todas as unidades?

Sim Não

- desinfecção de superfícies?

Sim Não

- limpeza terminal de todas as unidades?

Sim Não

- transporte e tratamento específico do lixo?

Sim Não

Verificar documentação pertinente e seu conhecimento pelos funcionários (todos os subitens).

294. Os insumos utilizados são padronizados pela CCIH?

Sim Não

Verificar.

295. Há prática de checagem (diária) das rotinas de limpeza em todas as unidades?

Sim Não

Verificar metodologia e resultados.

Nível 3

296. O pessoal recebe treinamentos constantes a respeito de higiene hospitalar?

Sim Não

297. Há normas técnicas para o tratamento de resíduos de alto risco (lixo potencialmente infectante e radioativo, inclusive)?

Sim Não

Verificar documentação pertinente e seu conhecimento pelos funcionários.

298. O pessoal que manipula o lixo conta com avental impermeável, botas, luvas e máscara?

Sim Não

299. Há coleta seletiva do lixo limpo?

Sim Não

300. Dentro da instituição realizam-se campanhas que visem manter a limpeza e a ordem no ambiente de trabalho?

Sim Não

IV – SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

1 – Laboratório de análises clínicas

O laboratório deverá estar localizado no mesmo edifício ou próximo ao hospital, com facilidade de acesso e comunicação imediata.

Nível 1

301. O laboratório processa no local todas as fases dos parâmetros relacionados abaixo:

- bioquímica básica?
 Sim Não
- hematologia básica?
 Sim Não
- microscopia direta?
 Sim Não

302. Existem condições adequadas para realizar esses parâmetros?

- bancadas
 Sim Não
 - centrífuga
 Sim Não
 - tubos, lâminas, pipetas, etc.
 Sim Não
 - reagentes
 Sim Não
 - microscópio
 Sim Não
 - banho-maria
 Sim Não
 - geladeira (exclusiva do local)
 Sim Não
-

- espectrofotômetro

Sim Não

- outros _____

Sim Não

Verificar forma de armazenamento dos reativos e as datas de vencimento.

303. Há rotinas diárias de verificação do funcionamento, calibragem e temperatura de:

- aparelhos?

Sim Não

- estufas?

Sim Não

- geladeiras?

Sim Não

- banhos-maria?

Sim Não

- outros? _____

Sim Não

Verificar planilhas de registros e rotinas escritas dos procedimentos técnicos (todos os subitens).

304. Existe um sistema de identificação da amostra que acompanha todas as fases do processo até a emissão do laudo?

Sim Não

Verificar o sistema de identificação, seu controle e eficiência.

305. São feitos sempre os “controles de qualidade” que acompanham os kits de reagentes?

Sim Não

Verificar o sistema de identificação das amostras nas planilhas de resultados e os dados correspondentes aos “soros controle”.

306. A relação ou escala dos técnicos e outros profissionais de plantão, ativo ou a distância, está acessível?

Sim Não

Verificar escala e os plantonistas do dia.

307. Existe um esquema para a realização de exames de urgência?

Sim Não

Verificar esquema e sua eficiência (entrevistar corpo clínico e enfermagem).

308. Os laudos incluem informação sobre os valores da faixa "normal" de resultados, conforme a técnica utilizada?

Sim Não

Verificar.

309. A entrega dos resultados é feita em tempo hábil para sua utilização?

Sim Não

Verificar com o corpo clínico e enfermagem.

Nível 2

310. Há condições de processar no local gases no sangue?

Sim Não

311. São realizados no local identificação bioquímica dos germes e antibiogramas por disco?

Sim Não

Verificar a existência de discos de antibiograma, incubador para cultivo, meios de cultura e materiais específicos para a tarefa. Verificar também as rotinas de descontaminação dos meios de cultura após sua leitura.

312. Realiza outros parâmetros além dos já mencionados?

Sim Não

313. Há supervisão técnica permanente dos processos?

Sim Não

314. Há rotinas de verificação dos resultados antes da emissão do resultado?

Sim Não

Verificar rotinas de supervisão com os responsáveis.

315. Há manuais atualizados sobre as técnicas laboratoriais utilizadas?

Sim Não

Questionar os técnicos sobre seu uso.

316. São realizados controles internos de qualidade (elaboração de “soro padrão” e utilização como controle de qualidade)?

Sim Não

Verificar registros dos valores diários dos “soros padrão”.

317. No caso de haver técnicas “automatizadas” de análises, há uma rotina de verificação dos resultados emitidos pelo(s) aparelho(s), realizada por profissional de nível superior especializado?

Sim Não

Verificar rotinas.

318. Existem técnicos e/ou profissionais em plantão ativo durante 24 horas?

Sim Não

Verificar escala de plantão prevista para cada dia.

319. Há técnicas definidas para:

- coleta das amostras?

Sim Não

- recepção no laboratório?

Sim Não

- distribuição interna das amostras?

Sim Não

Examinar as rotinas escritas e seu cumprimento.

320. O serviço mantém cooperação técnica com outras instituições (treinamentos, confirmação de resultados, etc.)?

Sim Não

Verificar junto aos técnicos.

321. Os resultados estão arquivados e de fácil acesso?

Sim Não

Verificar: acessar o arquivo.

Nível 3

322. O laboratório processa no local ou mantém convênio de acesso eficaz a parâmetros de:

- imunologia completa?
 Sim Não
- bioquímica total do sangue e outros fluidos?
 Sim Não
- hormônios?
 Sim Não
- marcadores tumorais?
 Sim Não
- técnicas especiais de microbiologia (tipagem, biologia molecular, etc.)?
 Sim Não

Os subitens se aplicam de acordo com o perfil do hospital.

323. No caso de processar técnicas com material radioativo:

- Os profissionais têm habilitação para uso de material radioativo emitida por autoridade competente na jurisdição que corresponde ao estabelecimento?
 Sim Não

324. O serviço está vinculado a um programa externo de controle de qualidade?

- Sim Não

Verificar relatórios e respostas de: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Sociedade Brasileira de Análises Clínicas ou outros.

325. As solicitações dos exames contém informações sobre as condições clínicas do paciente, e as mesmas estão a disposição dos profissionais que processam os exames?

- Sim Não

Verificar o sistema

326. O serviço faz monitoramento de indicadores em todas as fases do processo?

- Sim Não
-

Verificar os indicadores e sua utilização.

327. O serviço garante intercâmbio formal com os demais profissionais da instituição?

Sim Não

Verificar com o corpo clínico e enfermagem

2 – Diagnóstico por imagem

Exames radiológicos: convencionais, poliotomografias, por subtração digital de imagens, mamografias, tomografia axial computadorizada, etc.; Ultra-sonográficos: ecografia mono e bidimensional, estudos por efeitos doppler, etc.; Ressonância magnética nuclear, termografia. Radiologia intervencionista.

Nível 1

328. Encontra-se regularizado perante a Vigilância Sanitária e demais órgãos oficiais de fiscalização e controle?

Sim Não

Verificar se existe alvará expedido pela autoridade sanitária, exposto em lugar visível. Considerar a legislação local.

329. Conta com pelo menos um equipamento fixo de no mínimo 200mA, com dispositivo antidifusor do tipo colimador?

Sim Não

330. Há pelo menos duas pessoas habilitadas para operar o aparelho de raios X?

Sim Não

331. Há registro dos exames realizados?

Sim Não

Verificar os registros e seu uso.

332. A entrega dos exames é feita em tempo hábil para sua utilização?

Sim Não

Verificar com o corpo clínico e enfermagem.

333. É feito o controle personalizado da radiação recebida durante o trabalho (dosímetro)?

Sim Não

Verificar os dosímetros, controle de uso, relatórios de leitura. Caso na região não

seja possível obter esse tipo de serviço, este quesito deve ser desconsiderado.

334. Há dispositivos de proteção individual e coletiva contra a radiação?

Sim Não

Verificar o esquema de proteção (aventais, paredes, vidros, portas, distribuição da área em geral, dosímetro ambiental, etc.).

335. Todos os exames processados têm identificação, contendo nome ou registro do paciente e data?

Sim Não

336. É feito controle de:

- filme (armazenamento e validade)?

Sim Não

- técnica utilizada (cálculo dos parâmetros da carga e tempo de exposição e o posicionamento do paciente)?

Sim Não

- revelação (validade dos produtos)?

Sim Não

Verificar esquemas.

337. A área física dispõe de áreas diferenciadas para:

- preparação e vestiário para pacientes?

Sim Não

- revelação de imagens?

Sim Não

Nível 2

Para atingir este nível é necessário apresentar alvarás atualizados de todos os aparelhos ativos, assim como das instalações.

338. O serviço funciona 24 horas todos os dias da semana?

Sim Não

Verificar registro de exames realizados entre 20:00 h e 6:00 h.

339. Há um responsável pelo serviço com habilitação específica na área?

Sim Não

Verificar.

340. Conta com equipamento de mais de 200mA, com serigrafia e tela de radioscopia, ou com intensificador de imagens e circuitos fechados de televisão?

Sim Não

Verificar todos os aparelhos existentes.

341. O espaço físico conta com áreas diferenciadas para elaboração de laudos com negatoscópio?

Sim Não

Verificar os locais.

342. Todos os exames dispõem de laudo emitido por médico radiologista?

Sim Não

- há cópia dos laudos de fácil acesso?

Sim Não

- os laudos são entregues em tempo hábil para sua utilização?

Sim Não

Verificar o profissional e o arquivo de laudos.

343. Existe, no serviço, a programação (escala) de técnicos e médicos com sua distribuição horária e a de plantões rotativos?

Sim Não

Verificar escalas e sua correspondência.

344. É freqüente a troca de opiniões entre o corpo clínico e os radiologistas:

- como atividade formalizada?

Sim Não

- como atividade informal?

Sim Não

Verificar com o corpo clínico e no serviço.

345. Existe pelo menos um equipamento radiológico portátil, com facilidade de mobilização para exames tanto nas unidades de internação quanto nas salas de cirurgia?

Sim Não

346. Se realizar exames com contraste:

- o exame é realizado por médico?

Sim Não

- os pacientes são devidamente orientados?

Sim Não

- há material de ressuscitação cardiopulmonar (medicamentos e equipamentos) disponível no local?

Sim Não

Verificar todos os subitens.

347. Há pelo menos um aparelho de ultra-sonografia e pessoal capacitado para seu uso?

Sim Não

Verificar produção.

348. Caso realize estudos invasivos sob controle radioscópico ou ecográfico, como endoscopias, punções aspirativas, punções-biópsia, arteriografias, etc.:

- está previsto pessoal de enfermagem de apoio?

Sim Não

- há disponibilidade de vestimentas de proteção, estéreis?

Sim Não

- há materiais e medicamentos de emergência?

Sim Não

- existe treinamento em técnicas assépticas para os profissionais que trabalham com procedimentos invasivos?

Sim Não

Verificar todos os subitens.

349. São feitos levantamentos de:

- taxa de repetição de exames?

Sim Não

- consumo de material por exame (filmes, contraste, seringas, etc.)?

Sim Não

Verificar registros.

Nível 3

350. A qualidade das “imagens” é avaliada por um médico radiologista antes de serem liberadas para a elaboração dos laudos?

Sim Não

351. O serviço funciona como um centro de múltiplas alternativas de diagnóstico por imagem, com pelo menos dois procedimentos diferentes da radiologia convencional no próprio edifício, e uma rede disponível de serviços para garantir toda a gama tecnológica de diagnóstico existente na área?

Sim Não

Verificar o esquema.

352. Os exames radiológicos de maior complexidade são solicitados de acordo com critérios previamente definidos junto ao corpo clínico (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, arteriografias, angiografias, etc.)?

Sim Não

- caso seja feita ressonância, há equipamento de anestesia exclusivo para o local?

Sim Não

- no caso de executar exame de ressonância, o paciente é previamente esclarecido sobre as condições de realização do exame?

Sim Não

Confirmar junto ao corpo clínico e usuários.

353. A área física é periodicamente avaliada para verificar a não-existência de fugas de radiação?

Sim Não

Verificar relatórios emitidos por físico autorizado.

3 – Métodos gráficos

Nível 1

354. Realiza-se pelo menos eletrocardiograma para:

- pacientes ambulatoriais?

Sim Não

- nas unidades de internação?

Sim Não

355. Todos os exames são registrados?

Sim Não

356. É elaborado laudo médico para todos os ECG?

Sim Não

Vericar registros e os laudos.

Nível 2

357. Realiza-se pelo menos um dos exames abaixo relacionados:

- ECG de esforço (ergometria)?

Sim Não

- ecocardiografia?

Sim Não

- tococardiografia?

Sim Não

- eletroencefalografia?

Sim Não

358. Os exames são realizados por técnicos treinados?

Sim Não

359. Os laudos são elaborados por médicos especialistas das diferentes áreas?

Sim Não

Verificar disponibilidade desses especialistas.

360. Há cópia de laudos arquivada e acessível?

Sim Não

Verificar o acesso.

Nível 3

361. Há atividades de controle de qualidade dos exames?

- índice de falhas na identificação no último ano
 Sim Não
- índice de perda/extravio de exames/relatórios
 Sim Não
- outros (escrever)
 Sim Não

4 – Hemoterapia

Este nível refere-se às condições de acesso ao sangue, podendo ou não dispor de agência transfusional.

Nível 1 (Único)

362. Existe convênio entre o serviço de hemoterapia e o estabelecimento?

- Sim Não

363. A distância entre o hospital e o serviço de hemoterapia permite dispor de sangue certificado em menos de uma hora pelos meios de comunicação habituais?

- Sim Não

364. Consta do rótulo da bolsa do hemocomponente pronto para uso:

- nome e endereço da instituição coletora?
 Sim Não
- nome e volume aproximado do produto hemoterápico?
 Sim Não
- identificação numérica ou alfanumérica?
 Sim Não
- a data da coleta, de validade do produto e, nos casos em que se aplique, o horário (plaquetas)?
 Sim Não
- o grupo ABO e o tipo Rh (D)?
 Sim Não

- a recomendação “Não adicionar medicamentos” de maneira legível?
 Sim Não
- o resultado dos testes sorológicos individuais:
 - a. Lues (VDRL)?
 Sim Não
 - b. Chagas (2 métodos)?
 Sim Não
 - c. sorologia para hepatite B, C, anti-HBc?
 Sim Não
 - d. detecção de anti-HIV?
 Sim Não
 - e. HTLV-I/II?
 Sim Não
 - f. dosagem de ALT/TGP?
 Sim Não
 - g. pesquisa de antígenos irregulares?
 Sim Não

365. Das condições de estocagem, transporte e validade do sangue e seus componentes:

- as geladeiras usadas para o armazenamento de sangue/componentes possuem termômetro em seu interior; são verificadas e anotadas a temperatura a cada seis horas pelo menos (exceto no sistema automático)?
 Sim Não
- há termômetro no interior da caixa de transporte?
 Sim Não

366. Dos exames imuno-hematológicos pré-transfusionais (do receptor):

- conta com meios para as provas imuno-hematológicas obrigatórias?
 - a. grupo e fator Rh no receptor
 Sim Não
 - b. provas de compatibilidade

Sim Não

c. grupo e fator Rh no doador

Sim Não

- existem livros de registro do receptor, dados relacionados aos testes transfusionais, número de unidades transfundidas e demais dados de interesse?

Sim Não

Verificar livros oficiais de registros de sangue e receptor.

367. O produto hemoterápico é liberado para transfusão através de solicitação pelo médico (assinatura, nome legível e número do CRM)?

Sim Não

368. Existe controle de tempo de transfusão de hemoterápicos?

Sim Não

Verificar com funcionários da enfermagem escolhidos aleatoriamente seu conhecimento sobre o tempo máximo (quatro horas) e a necessidade de acompanhamento durante a instalação (primeiros quinze minutos).

B – PADRÕES APLICÁVEIS SEGUNDO O PERFIL DO HOSPITAL**1 – Centro Cirúrgico**

Este item é obrigatório para hospitais com pronto-socorro.

Nível 1

369. É uma área de circulação restrita, separada de outros ambientes por porta que se mantém fechada, com sinalização de “entrada proibida”?

Sim Não

370. O pessoal só ingressa nesse setor após vestir o uniforme próprio?

Sim Não

371. Conta com vestiários e lavabos para os profissionais do CC?

Sim Não

Verificar seu funcionamento.

372. Conta com lavabos exclusivos para o preparo da equipe cirúrgica, equipados com dispensador de sabão e/ou anti-sépticos e torneiras acionáveis sem utilização das mãos?

Sim Não

373. Para todas as cirurgias há relatório cirúrgico e ficha anestésica?

Sim Não

Verificar em amostra de histórias clínicas de pacientes operados a presença dos protocolos cirúrgicos e anestésicos em 100% dos casos.

374. Existe compatibilidade entre os tipos de procedimentos realizados e os equipamentos e instrumental existente no CC?

Sim Não

Verificar com o corpo clínico e enfermagem.

375. Existem procedimentos normatizados de limpeza das salas cirúrgicas entre as operações, e são cumpridos?

Sim Não

Verificar junto ao pessoal operacional o conhecimento a respeito das normas de limpeza das salas cirúrgicas após cirurgias e da desinfecção após cirurgias contaminadas. Avaliar o esquema de controle.

376. Existe carrinho de anestesia – um por sala – pronto para o uso?

Sim Não

Verificar os carrinhos, medicamentos e material de intubação.

377. Existe controle de identificação e encaminhamento das peças cirúrgicas?

Sim Não

Verificar o esquema e sua eficácia.

378. Existe programação do uso das salas cirúrgicas visando, inclusive, minimizar o risco de contaminação?

Sim Não

Verificar como se dá essa programação.

379. Existem paredes e pisos impermeáveis e laváveis e telas nas janelas?

Sim Não

380. Existem oxigênio e aspiração em todas as salas de cirurgia e recuperação?

Sim Não

381. Existe sistema de iluminação de emergência para todas as salas?

Sim Não

Verificar o sistema.

382. Os anestesistas controlam a recuperação dos pacientes operados e indicam o momento de traslado para a área de internação correspondente?

Sim Não

Verificar com o pessoal de enfermagem sobre o cumprimento deste requisito.

383. Existe acesso garantido e rápido a:

- hemoderivados?

Sim Não

- análises clínicas?

Sim Não

- unidade de terapia intensiva?

Sim Não

Verificar todos os subitens.

Nível 2

384. Conta com equipamento radiológico portátil para uso intra-operatório?

Sim Não

385. A circulação das macas vindas de outras unidades (enfermaria, PS, UTI, etc.) não se cruza com a dos cirurgiões, anestesistas e instrumentadores?

Sim Não

386. Tem no mínimo duas salas cirúrgicas e sempre dispõe de pelo menos um enfermeiro destinado exclusivamente à área cirúrgica?

Sim Não

387. O pessoal de enfermagem dessa área se ocupa com a disposição do material cirúrgico nas salas e controla a saída desse material quando mandado lavar e esterilizar?

Sim Não

388. Durante seu turno de trabalho, o pessoal de enfermagem não assume qualquer função que não esteja relacionada com a área cirúrgica?

Sim Não

Verificar as escalas do pessoal de enfermagem.

389. A disposição de dejetos e resíduos sólidos para fora da área cirúrgica é controlada pelo pessoal de enfermagem?

Sim Não

Verificar o cumprimento dos procedimentos de assepsia tanto nas salas cirúrgicas como nas áreas anexas.

390. A programação cirúrgica diária é de conhecimento das áreas de apoio e enfermarias?

Sim Não

391. As instalações elétricas contam com sistema de aterramento?

Sim Não

Verificar as instalações; confirmar na área de manutenção e nas plantas.

392. É feito levantamento de índices e causas de suspensão de cirurgias?

Sim Não

Verificar o sistema e resultados.

393. É feito levantamento de taxas e análise das causas dos óbitos intra-operatórios?

Sim Não

Verificar taxas e estudos.

Nível 3

394. O suprimento de materiais de uso cirúrgico (instrumental, medicamentos, material descartável, anti-sépticos, fios cirúrgicos, etc.) é planejado de acordo com o procedimento a ser realizado, evitando pedidos de última hora e/ou desperdícios (ex.: *kits* cirúrgicos)?

Sim Não

Verificar o sistema e sua eficácia.

395. Existem atividades de controle do instrumental cirúrgico?

- inventário periódico das peças

Sim Não

- esquema para garantir reparos e/ou reposição

Sim Não

396. Existe programa de manutenção preventiva dos equipamentos existentes?

Sim Não

Verificar os esquemas.

397. Existem atividades visando melhorar as taxas de produtividade e de suspensão de cirurgias?

Sim Não

Verificar as atividades e taxas.

398. O centro cirúrgico faz levantamentos junto aos clientes internos (equipe cirúrgica) com o objetivo de aprimorar seus processos?

Sim Não

Verificar as atividades e seus resultados junto ao corpo clínico.

2 – Serviço de anestesiologia

Nível 1

399. O médico responsável pelo ato anestésico preenche sempre a ficha de anestesia?

Sim Não

Verificar numa amostra de prontuários de pacientes internados (e operados) a presença da ficha anestésica.

400. Existe na área cirúrgica uma relação de anestesistas com seus respectivos telefones ou formas de localização?

Sim Não

Verificar existência da escala de plantões. Entrevistar o responsável pela equipe.

401. Existem equipamento, material e medicamentos anestésicos compatíveis com os procedimentos realizados?

Sim Não

Verificar os equipamentos com a equipe médica.

402. Para hospitais de perfil cirúrgico e/ou com maternidade: existe, pelo menos, um anestesista de plantão no local durante 24 horas?

Sim Não

Nível 2

403. As escalas de serviço dos anestesistas são organizadas a cada dia da semana em plantões ativos?

Sim Não

Verificar existência da escala de plantões. Entrevistar o responsável pela equipe.

404. O serviço de anestesiologia está a cargo de um médico responsável que coordena os plantões?

Sim Não

Verificar a especialização do responsável, dos anestesistas do turno e observar se a programação dos plantões está sendo cumprida no dia da avaliação.

405. Realizam-se rotineiramente visitas pré-anestésicas?

Sim Não

Verificar se existe registro das visitas pré-anestésicas na amostragem das histórias clínicas.

406. Todas as salas são equipadas para realizar monitoramento cardiorrespiratório e de oxigenação?

Sim Não

Verificar oxímetros e monitores.

407. É feito levantamento das taxa de suspensão de cirurgia por motivos relacionados ao procedimento de anestesia e investigadas as causas?

Sim Não

Verificar registros.

Nível 3

408. Todos os médicos do serviço possuem o título de especialista (TSA)?

Sim Não

Verificar no cadastro do corpo clínico.

409. O serviço coordena regularmente atividades de revisão de casos de acidentes ou complicações anestésicas?

Sim Não

Verificar registros das reuniões clínicas.

410. O serviço trabalha com o objetivo de diminuir as taxas de suspensão de cirurgias relacionadas a ele?

Sim Não

Verificar o método e resultados.

3 – Anatomopatologia

Este item é obrigatório para hospitais com atividades cirúrgicas.

Nível 1

411. Oferece serviços de anatomia patológica próprio ou conveniado?

Sim Não

*Verificar: se o serviço for contratado, deve ser feita verificação in loco. Caso a distância não permita a visita, verificar só os itens assinalados com (**)*

412. Oferece serviços de:

- citologia geral **?

Sim Não

- citologia oncótica **?

Sim Não

No caso de serviços contratados, verificar no contrato os serviços oferecidos, a especialização do responsável e alvará de funcionamento emitido por autoridade competente.

413. O responsável pelo serviço é médico especializado? **

Sim Não

414. Há materiais e instrumentais necessários para a atividade (microscópio, corantes, materiais e instrumentos para o preparo e corte dos blocos, lâminas, etc.)?

Sim Não

415. Há registro permanente dos resultados? **

Sim Não

416. Existem arquivos de:

- lâminas?

Sim Não

- blocos?

Sim Não

Verificar arquivos.

Nível 2

417. Realiza-se biópsia de congelação no Centro Cirúrgico? **

Sim Não

Verificar equipamento e disponibilidade do patologista no local.

418. Existem normas, rotinas para todos os procedimentos do serviço?

Sim Não

- O serviço de patologia fornece os recipientes e conservantes ao CC? **

Sim Não

419. Existe arquivo de relatórios e de laudos? **

Sim Não

Verificar nos serviços contratados a disponibilidade de acessar esses arquivos.

420. Existem, por escrito, as diferentes “receitas” para o preparo de corantes?

Sim Não

- o serviço utiliza o método de lâmina controle para corantes?

Sim Não

421. É utilizada a metodologia do *check list* para a leitura das lâminas?

Sim Não

Verificar a existência do check list e sua utilização.

422. Existe rotina de confirmação de laudos?

- em todos os casos

Sim Não

- só para casos duvidosos

Sim Não

423. Participa de reuniões anátomo-clínicas e discussão de casos junto com as clínicas?*

Sim Não

Verificar junto ao corpo clínico.

Nível 3

424. Há médico(s) patologista(s) presente(s) no local?

Sim Não

Entrevistar o profissional.

425. Há condições para executar técnicas de imuno-histoquímica?

Sim Não

426. Tem acesso a:

- microscopia eletrônica?*

Sim Não

- análise de imagens de DNA?*

Sim Não

427. Realiza necropsia de casos selecionados ou acompanha o laudo necroscópico desses casos?

Sim Não

428. O serviço coordena atividades de análise de óbitos com o intuito de controle de qualidade?*

Sim Não

Verificar registros dessas atividades e entrevistar o corpo clínico.

4 – Unidade de terapia intensiva (UTI)

Deve estar localizada em área específica, com recursos humanos, físicos e tecnológicos adequados à demanda e exclusivos do local. O acesso é restrito ao pessoal autorizado.

Nível 1

429. Há médico exclusivo da unidade 24 horas por dia?

Sim Não

430. Há enfermeiro exclusivo da unidade?

Sim Não

431. O médico responsável pela unidade passa visita médica (“visita horizontal”) diariamente junto com o plantonista?

Sim Não

Verificar o esquema e se possível a visita.

432. Há pessoal de enfermagem qualificado na proporção de 1 profissional para cada 2 leitos (mínimo de 12 horas/cuidados de enfermagem/paciente/dia)?

Sim Não

433. Possui estoque suficiente para 24 horas de:

- medicamentos?

Sim Não

- materiais descartáveis?

Sim Não

434. Verifica-se diariamente esse estoque e se faz reposição do material consumido?

Sim Não

Verificar: os medicamentos de emergência devem estar disponíveis no local e na farmácia, assim como antibióticos de primeira linha, cefalosporinas de terceira geração e antibiótico de cobertura para agentes microbianos multirresistentes.

Verificar materiais:

- abocate (jelco) de vários tamanhos
 Sim Não
 - agulhas de vários tamanhos
 Sim Não
 - cânula de traqueostomia
 Sim Não
 - catéter de O₂ de vários tamanhos
 Sim Não
 - catéter para diálise peritoneal
 Sim Não
 - dreno de tórax
 Sim Não
 - equipo de infusão macro/micro
 Sim Não
 - equipo de PVC
 Sim Não
 - intracath de vários tamanhos
 Sim Não
 - luva de procedimento
 Sim Não
 - luva estéril
 Sim Não
 - equipamentos de proteção individual
 Sim Não
-

435. Possui um monitor cardíaco para cada leito?

Sim Não

436. Há disponíveis e exclusivos da unidade:

• estetoscópio?

Sim Não

• esfigmomanômetro?

Sim Não

• oftalmoscópio?

Sim Não

437. Possui material estéril para procedimentos em estoque suficiente para 24 horas?

Sim Não

Verificar instrumentais, roupas, campos cirúrgicos, outros.

438. Existem no local os seguintes recursos técnicos:

• marcapasso externo transitório?

Sim Não

• carro para intubação orotraqueal?

Sim Não

• eletrocardiógrafo?

Sim Não

• respirador mecânico a pressão (1 para 3 leitos)?

Sim Não

• respirador mecânico volumétrico (pelo menos 1)?

Sim Não

• oxímetro de pulso?

Sim Não

• aspirador portátil para drenagens (1 para 4 leitos)?

Sim Não

- negatoscópio?
 Sim Não
- bomba de infusão?
 Sim Não
- desfibrilador?
 Sim Não

Verificar todos os subitens.

439. Possui oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito?

- Sim Não

Verificar todos os recursos citados.

440. A unidade está ligada à fonte alternativa de energia elétrica?

- Sim Não

Verificar as instalações e entrevistar os profissionais.

441. Há acesso durante as 24 horas todos os dias da semana a:

- serviço de laboratório de análises clínicas?
 Sim Não
- serviço de hemoterapia?
 Sim Não
- serviço de radiologia?
 Sim Não
- aparelho portátil de radiologia?
 Sim Não
- centro cirúrgico?
 Sim Não

Verificar junto ao corpo clínico e enfermagem (todos os subitens).

442. Há horário e tempo definidos para as visitas?

- Sim Não

Verificar o mecanismo de controle.

443. Há, no local, pelo menos uma pia com sabão e toalhas de papel?

Sim Não

- Os visitantes são estimulados a lavar as mãos na entrada e na saída?

Sim Não

Verificar funcionamento das pias e o procedimento.

444. A distribuição dos leitos permite sua visualização constante desde o posto de enfermagem?

Sim Não

445. Há um sistema definido para garantir informações aos responsáveis pelo paciente?

Sim Não

Verificar o esquema e sua eficácia.

Nível 2

446. Há médico intensivista disponível durante 24 horas?

Sim Não

447. Há enfermeiro(s) capacitado(s) em atendimento de UTI exclusivo da unidade durante 24 horas?

Sim Não

Verificar junto ao corpo clínico e enfermagem.

448. Conta com assistência de especialistas em:

- neurologia?

Sim Não

- pneumologia?

Sim Não

- nefrologia?

Sim Não

- cardiologia?

Sim Não

- cirurgia?

Sim Não

449. Médico da UTI mantém intercâmbio com o médico do paciente?

Sim Não

Verificar junto ao corpo clínico e enfermagem.

450. O pessoal técnico recebe treinamento constante para:

• atendimento de emergências?

Sim Não

• cuidados com pacientes em estado crítico?

Sim Não

Verificar todos os subitens.

451. Há pessoal de enfermagem qualificado na proporção de 2 profissionais para 3 leitos? (mínimo de 18 horas/cuidados de enfermagem/paciente/dia)?

Sim Não

452. Conta com assistência de fisioterapia?

Sim Não

Verificar o esquema de atendimento.

453. Existem no local os seguintes recursos técnicos disponíveis para a unidade:

• respirador mecânico a pressão positiva volumétrica (1 para 3 leitos – mínimo de dois na unidade)?

Sim Não

• capnógrafo?

Sim Não

• oxímetro (1 para 3 leitos)?

Sim Não

• monitorização de PA não-invasiva?

Sim Não

• aspirador portátil para drenagem contínua?

Sim Não

• equipamentos, soluções e sondas para diálise peritoneal e (ou) hemodiálise?

Sim Não

Verificar todos os subitens.

454. Há atividades de controle de qualidade da assistência prestada?

- reunião clínica
 Sim Não
- revisão de óbitos e complicações
 Sim Não
- levantamento de taxa de mortalidade por diagnóstico
 Sim Não
- vigilância epidemiológica das infecções hospitalares por procedimentos
 Sim Não

Verificar o esquema, taxas, relatórios (todos os subitens).

455. Tomam-se medidas específicas de prevenção de IH?

- Sim Não

Verificar o esquema.

456. Há impressos padronizados para evolução:

- médica?
 Sim Não
- de enfermagem?
 Sim Não
- de outros profissionais?
 Sim Não

Verificar nas unidades de internação e no SAME.

Nível 3

457. Todos os médicos e plantonistas têm especialização em medicina intensiva?

- Sim Não

458. Há visita horizontal duas vezes por dia?

- Sim Não

459. Todo o pessoal de enfermagem é especializado em terapia intensiva?

- Sim Não

Verificar junto ao corpo clínico e enfermagem.

460. Utilizam-se protocolos clínicos para determinar o prognóstico de pacientes aceitos na UTI?

Sim Não

Verificar os protocolos e sua utilização.

461. Há preocupação em preservar o ciclo dia/noite nos pacientes internados?

Sim Não

462. Há respiradores mecânicos a pressão positiva volumétrica na proporção de 1 para 2 leitos, sendo que pelo menos dois permitam efetuar PEEP-CEPAP-IMV?

Sim Não

(PEEP: pressão expiratória final positiva ; CEPAP: pressão expiratória positiva contínua; IMV: volume inspiratório mandatório).

463. São feitos levantamentos da qualidade dos cuidados de enfermagem?

- índice de escaras/tempo de internação

Sim Não

- índice de complicações de acesso vascular (semana, dia, mês)

Sim Não

- índice de acidentes profissionais

Sim Não

- outros _____

Verificar os indicadores e o sistema de pesquisa.

5 – Emergência

Este nível está definido de acordo com as normas da resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina, que determina os requisitos mínimos para o funcionamento de um serviço de emergência, seja do setor público ou privado.

Nível 1

464. O serviço funciona em um local de uso exclusivo com acesso independente?

Sim Não

465. Funciona ininterruptamente o ano inteiro?

Sim Não

466. Conta com as seguintes especialidades médicas, em regime de plantão de 24 horas:

• clínica médica?

Sim Não

• cirurgia geral?

Sim Não

• pediatria?

Sim Não

• ortopedia?

Sim Não

• anestesiologia?

Sim Não

• gineco-obstetrícia?

Sim Não

Verificar escala de plantões médicos e pessoal de enfermagem destinados ao setor e sua distribuição apropriada para cobrir 24 horas todos os dias da semana.

467. Conta com equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos) de plantão durante 24 horas?

Sim Não

468. O serviço dispõe de equipamentos, medicamentos e materiais para reanimação e manutenção cardiorrespiratória?

• laringoscópio

Sim Não

• lâmina e sonda orotraqueal de diversos tamanhos

Sim Não

• ambu

Sim Não

- eletrocardiógrafo
 Sim Não
- fontes de oxigênio, ar comprimido e aspiração
 Sim Não
- desfibrilador
 Sim Não
- respirador
 Sim Não
- medicamentos de emergência
 Sim Não

469. Dispõe de acesso 24 horas durante o ano inteiro aos seguintes serviços:

- radiologia?
 Sim Não
- laboratório de análises clínicas?
 Sim Não
- hemoterapia?
 Sim Não

Verificar a eficácia do sistema junto ao corpo clínico e enfermagem (todos os subitens).

470. Todos os pacientes em observação dispõem de:

- história clínica?
 Sim Não
 - evolução médica?
 Sim Não
 - anotações de enfermagem?
 Sim Não
 - prescrição?
 Sim Não
-

- indicação do encaminhamento ou destino?

Sim Não

Verificar numa amostra aleatória de prontuários de pacientes em observação.

471. A instituição conta com centro cirúrgico que funciona 24 horas?

Sim Não

Verificar a garantia do acesso.

472. Tem acesso à Unidade de Terapia Intensiva?

Sim Não

Verificar a garantia do acesso.

473. Existem facilidades para o descanso noturno dos plantonistas em quartos nunca utilizados por pacientes?

Sim Não

474. Há um sistema definido para garantir informações aos acompanhantes e responsáveis pelo paciente?

Sim Não

Verificar o esquema e sua eficácia

Nível 2

475. Além das especialidades já citadas, conta com as seguintes em prontidão passiva ou disponíveis a distância:

- neurocirurgia?

Sim Não

- cirurgia vascular?

Sim Não

Verificar a lista dos médicos de cada especialidade e de enfermeiros destinados ao setor e sua distribuição apropriada para cobrir 24 horas todos os dias da semana e a demanda de atendimento.

476. Conta com unidade de reanimação com todas as seguintes características:

- área destinada à ressuscitação de pacientes com risco iminente de morte (verificar o acesso livre)?

Sim Não

- recursos humanos treinados em garantir a sobrevivência imediata do paciente até poder ser removido para serviço adequado?
 Sim Não
- medicamentos e materiais descartáveis necessários dentro da sala?
 Sim Não
- cardioscópio?
 Sim Não
- desfibrilador?
 Sim Não
- ECG?
 Sim Não
- respirador?
 Sim Não
- marcapasso externo?
 Sim Não
- material estéril para dissecações?
 Sim Não
- oxigênio, ar comprimido e aspiração?
 Sim Não

477. Está em condições e presta atendimento a casos agudos em psiquiatria?

Sim Não

478. Os pacientes não permanecem em observação no serviço por mais de 24 horas?

Sim Não

479. Os recursos humanos lotados na emergência recebem treinamento contínuo em:

- atendimento de politraumatizados?

Sim Não

- ressuscitação cardiopulmonar?
 Sim Não
- manipulação de pacientes em estado crítico?
 Sim Não

480. É feita análise da taxa de mortalidade antes de 24 horas?

Sim Não

Nível 3

481. Conta com outras especialidades além das citadas anteriormente, disponíveis durante 24 horas, com acesso ao equipamento do serviço correspondente?

Sim Não

482. Mantém em observação casos agudos de psiquiatria?

Sim Não

483. Existe acesso fácil do pessoal de plantão aos serviços correspondentes às especialidades a mais?

Sim Não

484. O serviço é integrado com o serviço de resgate da comunidade para o atendimento a vítimas de desastre e calamidade pública?

Sim Não

485. O serviço utiliza protocolos clínicos para (pelo menos três situações):

- insuficiência respiratória?
 Sim Não
- insuficiência circulatória?
 Sim Não
- insuficiência supra-renal aguda?
 Sim Não
- casos psiquiátricos agudos?
 Sim Não

- abdômen agudo?
 Sim Não
- quadro neurológico agudo?
 Sim Não
- politrauma?
 Sim Não

486. São feitos levantamentos da eficiência desses protocolos?

Sim Não

487. Há disponibilidade de assistência psicológica no local?

Sim Não

488. Existe um esquema de assistência aos acompanhantes de pacientes em risco de vida?

Sim Não

6 – Assistência perinatal básica

Nível 1

489. Conta com médico de plantão, ativo ou a distância, 24 horas por dia?

Sim Não

490. Todos os partos são assistidos por:

- médico?
 Sim Não
- enfermeira obstétrica/obstetriz?
 Sim Não

491. Tem pessoal de enfermagem em plantão ativo 24 horas por dia?

Sim Não

Verificar escala de plantões para 24 horas.

492. A equipe médica e de enfermagem está treinada em ressuscitação neonatal?

Sim Não

493. Se for preciso realizar uma cesárea de emergência, há capacidade de mobilizar a equipe e de iniciar a cirurgia em menos de trinta minutos depois da decisão?

Sim Não

Verificar com várias fontes (corpo clínico, enfermagem, funcionários da área).

494. Os partos são realizados em sala de parto diferenciada, equipada com todos os seguintes itens:

• Doppler?

Sim Não

• Pinard?

Sim Não

• esfigmomanômetro?

Sim Não

• estetoscópio?

Sim Não

• carrinho de emergência completo, incluindo CG, desfibrilador?

Sim Não

• instrumentos para parto normal e com fórceps?

Sim Não

• mesa de partos e/ou cadeira de partos?

Sim Não

• foco central e auxiliar, com fonte alternativa?

Sim Não

495. Há acesso a uma sala cirúrgica para a realização de cesáreas e outros procedimentos de emergência, seja esta a própria sala de partos ou parte de um centro cirúrgico, em conformidade com os requisitos que constam sobre centro cirúrgico?

Sim Não

496. Existe um local para recepção do neonato dotado de todos os equipamentos e materiais listados a seguir (caso a sala de cesárea se localize no CC, deve ter os elementos no local):

- berço aquecido?
 Sim Não
 - balança?
 Sim Não
 - laringoscópio infantil com lâminas e pilhas?
 Sim Não
 - cânulas para aspiração 2,5-4,5?
 Sim Não
 - sonda para intubação orotraqueal de diversos tamanhos?
 Sim Não
 - ambu neonatal?
 Sim Não
 - oxigênio?
 Sim Não
 - sondas de aspiração?
 Sim Não
 - medicamentos de urgência (cálcio, bicarbonato, soro, adrenalina, glicose)?
 Sim Não
 - cateter para cateterização umbilical?
 Sim Não
 - material para ligadura do cordão umbilical?
 Sim Não
 - material para identificação do recém-nascido?
 Sim Não
 - fontes de oxigênio, ar comprimido e aspiração separados para a mãe e o RN?
 Sim Não
-

497. Existe área para observação do RN?

Sim Não

Verificar local e recursos humanos disponíveis.

498. Todos os ambientes dispõem de pia com sabão?

Sim Não

Verificar funcionamento.

499. São verificados sistematicamente todos os subitens no cartão de pré-natal de cada parturiente ou, na falta deles, realizados no local e registrados em prontuário:

- sorologia de sífilis?

Sim Não

- grupo sanguíneo e fator Rh?

Sim Não

- estado vacinal para tétano?

Sim Não

- dosagem de hemoglobina e hematócrito?

Sim Não

500. Fazem-se o monitoramento e registro rotineiro e regular dos seguintes itens durante o trabalho de parto:

- batimentos cardíacos fetais?

Sim Não

- pressão arterial materna?

Sim Não

- evolução do trabalho de parto?

Sim Não

Verificar os registros e materiais (luvas, esfigmomanômetro, Pinard, etc.)

501. São praticadas como rotina em todos os recém-nascidos (e registrados):

- pesagem?

Sim Não

- verificação de APGAR?

Sim Não

- exame físico completo?
 Sim Não
- idade gestacional?
 Sim Não
- profilaxia ocular?
 Sim Não
- administração profilática de vitamina K?
 Sim Não

502. É colhido o exame ou dada orientação sobre a necessidade da detecção precoce de fenil-cetonúria e hipotireoidismo congênito (teste do pezinho)?

Sim Não

503. Em mães Rho(D) negativas não sensibilizadas, é rotineiramente verificado o grupo do neonato, e caso ele apresente Rho(D) ou Du positivo, a mãe recebe RhIG nas primeiras 72 horas após o parto?

Sim Não

Verificar o conhecimento da rotina e o acesso ao RhIG.

504. É feita e registrada em todos os prontuários a identificação da mãe e do recém-nascido?

Sim Não

Verificar na amostra de prontuários impressão digital da mãe e plantar do RN.

505. Pratica-se o alojamento conjunto da mãe e do recém-nato saudáveis 24 horas por dia?

Sim Não

506. As gestantes são orientadas sobre as vantagens e manejo do aleitamento materno? **

Sim Não

Verificar o esquema.

507. Existe anestesista de plantão, ativo ou a distância, 24 horas por dia?

Sim Não

508. O serviço acompanha as taxas de:

- cesáreas?
 Sim Não
- natimortalidade?
 Sim Não
- mortalidade materna?
 Sim Não
- mortalidade neonatal precoce?
 Sim Não

509. São oferecidas informações sobre os métodos e a importância do planejamento familiar?

- Sim Não

Verificar junto às pacientes.

Nível 2

510. Conta-se com os seguintes recursos médicos em regime de plantão ativo:

- obstetra?
 Sim Não
- pediatra?
 Sim Não
- anestesista?
 Sim Não

Verificar: em localidades com baixo volume de partos e/ou poucos profissionais, podem ser aceitos plantonistas a distância.

511. O serviço está articulado com um serviço de atendimento pré-natal e de puérperas?

- Sim Não

512. Mais de 80% das mães e crianças saem da maternidade com o seguimento da visita de puérpera e da criança marcada nessa ou em outra instituição?

- Sim Não

Verificar em prontuários. Nos casos de pacientes com médicos particulares, considerar "sim".

513. Existe acesso 24 horas a ultra-som obstétrico?

Sim Não

514. Nenhum outro alimento, além do leite materno, é dado aos recém-nascidos saudáveis, salvo em circunstâncias excepcionais, quando indicado por escrito pelo médico (recusa à amamentação pela mãe ou existência de contra-indicações)?

Sim Não

*Os itens com asterisco ** constituem o "Programa Hospital Amigo da Criança" do Unicef. Alguns constam do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, assinado pelo Brasil. O hospital que cumpre esses requisitos pode solicitar certificação pelo Unicef.*

515. Tem norma escrita sobre aleitamento materno transmitida a toda a equipe? **

Sim Não

516. Toda a equipe está treinada e capacitada para implementar essa norma? **

Sim Não

517. Ajuda-se as mães a iniciar o aleitamento nas primeiras horas após o nascimento? **

Sim Não

518. Mostra-se às mães como amamentar e como manter a amamentação? **

Sim Não

519. Não se dá bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas no seio? **

Sim Não

520. São acompanhadas as taxas de:

- parto com fórceps?

Sim Não

- baixo peso?

Sim Não

- análise do APGAR?

Sim Não

521. São pesquisados os fatores que influenciam essas taxas?

Sim Não

Verificar o sistema e a participação da equipe.

Nível 3

522. Tem um sistema de informação baseado em histórias clínicas perinatais padronizadas, visando identificar risco perinatal e subsidiar a avaliação da qualidade do serviço?

Sim Não

523. Participa de um sistema regionalizado de atendimento perinatal, fazendo derivação ou recebendo gestantes de alto risco, segundo acordos preestabelecidos?

Sim Não

Verificar o acesso garantido ao berçário.

524. A instituição promove visitas das gestantes ao hospital?

Sim Não

525. Estimula a formação de grupos de apoio para onde as mães serão encaminhadas por ocasião da alta do hospital?*

Sim Não

526. O serviço toma medidas técnicas para melhorar as taxas e indicadores acompanhados?

Sim Não

Verificar as medidas e seu conhecimento pela equipe.

527. Existem reuniões regulares para avaliar casos de óbitos fetais, neonatais e maternos?

Sim Não

Verificar registros e junto à equipe.

528. É oferecido ao acompanhante a opção de acompanhar todas as fases do processo?

Sim Não

Verificar junto às pacientes.

7 – Internação pediátrica

Nível 1

529. Existe um pediatra responsável pelo serviço de plantão, ativo ou a distância, 24 horas por dia?

Sim Não

530. É permitido a permanência 24 horas por dia de um dos pais ou acompanhante da criança?

Sim Não

Verificar se há condições de acomodar o acompanhante (cama, colchonete, sofá ou cadeira que deita), assim como de alimentação no local.

531. As unidades de internação apresentam condições de segurança para crianças?

- camas de crianças pequenas com proteção

Sim Não

- janelas com proteção

Sim Não

- acesso restrito à unidade

Sim Não

Verificar todos os subitens.

532. Existe carrinho de emergência próprio para a pediatria?

Sim Não

533. No serviço de emergência da pediatria faz-se uso rotineiro de reidratação oral como primeira linha de tratamento em doença diarreica, conforme as recomendações da SBP e da OMS?

Sim Não

Verificar se há estoque de sais de reidratação oral. E, nos prontuários, anotações sobre seu uso.

534. Existe avaliação do estado nutricional básico de todas as crianças internadas?

Sim Não

Verificar nos prontuários registro de peso e altura e diagnóstico nutricional e gráfico de crescimento.

535. Existe um esforço de criar um ambiente próprio para crianças através de decoração e organização de espaços próprios para brincadeiras, atividades educativas ou recreativas?

Sim Não

Nível 2

536. A equipe de enfermagem é treinada na assistência a crianças?

Sim Não

Verificar.

537. Existem avaliação rotineira e orientação para a correção de deficiências na vacinação das crianças?

Sim Não

Verificar nos prontuários.

538. Existem protocolos clínicos “escritos” para o tratamento de (pelo menos duas patologias):

- infecções respiratórias agudas?

Sim Não

- doenças diarréicas?

Sim Não

- correção da desidratação?

Sim Não

- desnutrição?

Sim Não

- anemias?

Sim Não

539. Além do direito dos pais ou responsável acompanhante em tempo integral, não há restrição de horário de entrada?

Sim Não

540. Existe abordagem multiprofissional durante a internação, de:

- assistência social?

Sim Não

- nutrição?
 Sim Não
- assistência psicológica?
 Sim Não

541. Existem atividades de educação em saúde para os pais e acompanhantes?

Sim Não

Nível 3

542. A equipe adota práticas (encenações) com o objetivo de diminuir o *stress* da internação, procedimentos e cirurgias?

Sim Não

Verificar.

543. Existem reuniões regulares do corpo clínico e de enfermagem para análise de óbitos e casos clínicos relevantes?

Sim Não

544. Avalia a eficiência dos protocolos clínicos adotados?

Sim Não

Verificar o sistema e o conhecimento por parte da equipe.

545. Existem atividades regulares programadas, educativas e de recreação para crianças internadas?

Sim Não

Verificar.

8 – Neonatologia patológica

Nível 1

546. A unidade opera integradamente com centro obstétrico que atende gestações de risco?

Sim Não

547. A área física é dividida em setores claramente diferenciados para alojar os recém-nascidos de acordo com os níveis de gravidade: médio risco, patológico, alto risco?

Sim Não

548. A concentração de recursos técnicos e humanos acompanha esses graus de gravidade?

Sim Não

549. Há um médico pediatra de plantão ativo 24 horas por dia, designado exclusivamente para o setor de berçário?

Sim Não

550. Existe um médico pediatra responsável pelo setor que percorre diariamente o setor com o plantonista?

Sim Não

551. Há enfermeiro de plantão 24 horas por dia, exclusivo para o setor?

Sim Não

552. O pessoal de enfermagem está capacitado para exercer as seguintes funções de enfermagem:

- monitorar as funções cardiopulmonar, metabólica e térmica?

Sim Não

- assistir os procedimentos especiais como punção lombar, intubação endotraqueal, cateterização umbilical, etc.?

Sim Não

Verificar nos prontuários registro diário de peso, FC, FR, temperatura, balanço hídrico, etc.

553. Há pelo menos um profissional de enfermagem por quatro leitos a qualquer momento?

Sim Não

554. Há acesso 24 horas por dia a:

- monitoramento de gases arteriais?

Sim Não

- apoio laboratorial?

Sim Não

- serviço de hemoterapia?

Sim Não

- suporte radiológico?

Sim Não

555. Existem os seguintes equipamentos em número suficiente para atender a demanda em bom estado e com pessoal treinado em seu uso:

- incubadoras com misturador de gases, aquecimento e umidificador?

Sim Não

- respirador neonatal (mínimo de 2 para cada 5 leitos)?

Sim Não

- tendas de O₂?

Sim Não

- equipamento para fototerapia?

Sim Não

- equipamento para exsangüineotransusão?

Sim Não

- material para drenagem de pneumotórax?

Sim Não

- material para cateterização da artéria umbilical?

Sim Não

- oxímetro de pulso (pelo menos 1)?

Sim Não

- monitor cardíaco (mínimo 2 para cada 5 leitos)?

Sim Não

- bomba de aspiração negativa?

Sim Não

- bomba de infusão para terapia endovenosa?

Sim Não

- existência de condições para isolamento?

Sim Não

556. Existe coleta de leite materno com manejo apropriado e orientação das mães sobre o aleitamento com neonatos nessas condições?

Sim Não

557. É feita vigilância epidemiológica das infecções hospitalares?

Sim Não

558. Há, no local, pelo menos uma pia com sabão e toalhas de papel?

Sim Não

- os visitantes são estimulados a lavar as mãos na entrada e na saída?

Sim Não

- os visitantes só ingressam devidamente paramentados?

Sim Não

Verificar funcionamento das pias e o procedimento.

559. Existe um esquema/profissionais para garantir as informações às famílias?

Sim Não

Nível 2

560. Há pediatra(s) com especialização em neonatologia encarregado(s) da unidade, e de plantão ativo ou a distância, 24 horas por dia?

Sim Não

561. Caso receba neonatos de outros hospitais, há um protocolo do atendimento que visa diminuir a possibilidade de infecção cruzada?

Sim Não

562. A equipe de enfermagem está capacitada para realizar ressuscitação de emergência de neonatos, tendo recebido treinamento específico durante o último ano?

Sim Não

563. Se a unidade assiste recém-nascidos de alto risco, existe equipe de cirurgia pediátrica, em plantão ativo ou a distância, 24 horas por dia?

Sim Não

564. Há impressos padronizados para evolução:

- médica?

Sim Não

- de enfermagem?

Sim Não

- outros profissionais?

Sim Não

Verificar nas unidades de internação e no SAME

565. Há reuniões técnicas semanais da equipe?

Sim Não

566. É feita a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares por procedimentos?

Sim Não

Nível 3

567. Todos os profissionais da equipe de atendimento recebem treinamento específico em neonatologia?

Sim Não

568. Existem condições adequadas e normatizadas para coleta e estocagem de leite materno?

Sim Não

Verificar material para coleta, condições de estocagem, técnicas, processos e seus respectivos manuais.

569. Existe capacidade para análise de microvolume de sangue para hematologia e bioquímica?

Sim Não

570. Há atividades de controle da qualidade da assistência prestada (todos os subitens):

- reunião clínica?
 Sim Não
- revisão de óbitos e complicações?
 Sim Não
- levantamento de taxa de mortalidade por diagnóstico?
 Sim Não

Verificar esquema, taxas, relatórios.

571. Tomam-se medidas específicas de prevenção de IH?

- Sim Não

Verificar esquema.

9 – Atendimento ambulatorial

Nível 1

572. Existe atendimento ambulatorial para pacientes previamente agendados nas especialidades oferecidas pelo hospital?

- Sim Não

573. O tempo de agendamento é menor que ou igual a sete dias?

- Sim Não

574. Há pias em boas condições de funcionamento, com sabão e toalhas disponíveis em todos os consultórios?

- Sim Não

575. O pessoal encarregado da marcação de consultas tem instruções de cada especialidade, sobre a frequência, duração e distribuição das consultas?

- Sim Não

576. Possui material, instrumental e pessoal para executar procedimentos das especialidades que atende?

- Sim Não

Verificar material de consumo, material esterilizado e equipamentos básicos.

577. Há pessoal de enfermagem disponível para o serviço?

Sim Não

578. Possui secretária exclusiva do setor?

Sim Não

Nível 2

579. Existe enfermeiro responsável pelo setor?

Sim Não

580. Oferece programas multiprofissionais para o atendimento de doenças crônicas?

Sim Não

581. Realiza rotineiramente atividades de educação em saúde?

Sim Não

No caso de existir pronto atendimento:

582. Funciona em lugar exclusivo?

Sim Não

583. Há médico no local durante o horário de funcionamento?

Sim Não

584. Há enfermeiro no local durante o horário de funcionamento?

Sim Não

585. As salas de observação são equipadas com carrinho para a reanimação cardiorrespiratória?

Sim Não

586. Dispõe de salas de medicação separadas para adultos e crianças?

Sim Não

587. Está garantida a transferência para unidades de maior complexidade?

Sim Não

No caso de existir serviço de cirurgia ambulatorial:

588. A área é de circulação restrita (o acesso do pessoal é permitido só depois de paramentado)?

Sim Não

589. Os pacientes recebem orientações prévias e informações sobre o procedimento?

Sim Não

590. Há material estéril e instrumentais em estoque?

Sim Não

591. Há medicação de emergência e material de ressuscitação cardiopulmonar?

Sim Não

592. Há garantia de assistência médica na observação?

Sim Não

593. Há levantamento dos índices de IH nesses procedimentos?

Sim Não

No caso de existir atividades de hospital dia:

594. Existe área física exclusiva, equipada com poltronas reclináveis, macas e mobiliário que permita aplicações endovenosas e inalatórias com segurança?

Sim Não

595. Há equipe médica constituída por profissionais especializados conforme o atendimento proposto?

Sim Não

Verificar os profissionais e a garantia de acompanhamento médico durante todo o período de funcionamento.

596. Há equipe de enfermagem exclusiva para a área?

Sim Não

597. Há acesso do paciente à equipe multiprofissional?

Sim Não

598. Há garantia de internação hospitalar em situação de emergência?

Sim Não

599. Existe área exclusiva para o preparo dos medicamentos (para quimioterápicos, há necessidade do fluxo laminar)?

Sim Não

Verificar. (Se os medicamentos são preparados pelo sistema dose individualizada na farmácia, considerar este item cumprido).

600. Há medicação de emergência e material de ressuscitação cardiopulmonar?

Sim Não

Nível 3

601. Existe enfermeiro exclusivo no setor durante todos os turnos de funcionamento?

Sim Não

602. Todos os pacientes atendidos são avaliados com enfoque também nas suas necessidades preventivas?

Sim Não

603. O ambulatório conta com especialistas e meios necessários para realizar práticas de diagnóstico (por exemplo, endoscopia) e de terapêutica?

Sim Não

Verificar esterilização dos materiais, área física, recursos humanos e materiais, normatização escrita, etc.

604. Realiza agendamento por telefone?

Sim Não

605. Há um serviço de atendimento ao paciente, no qual são esclarecidas todas as dúvidas a respeito de retornos, preparo de exames, agendamento, etc.?

Sim Não

10 – Diálise/Hemodiálise

606. Realiza regularmente programas de diálise e hemodiálise?

Sim Não

607. Possui suporte laboratorial durante toda a sessão dialítica?

Sim Não

608. Há acompanhamento médico durante toda a sessão dialítica?

Sim Não

609. Há serviço de enfermagem com treinamento específico na área?

Sim Não

610. Existe área física adequada, com sala e equipamentos separados para pacientes contaminados?

Sim Não

611. Há sistema de filtragem e tratamento de água?

Sim Não

612. Há identificação e controle rigoroso dos capilares em reuso?

Sim Não

613. Todos os pacientes do serviço são protegidos através da vacinação contra a hepatite B?

Sim Não

614. Trabalha em coordenação com um programa de transplante renal?

Sim Não

Verificar se os pacientes conhecem e participam do programa.

Nível 2

615. O serviço realiza rotineiramente CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua)?

Sim Não

616. Há equipe multidisciplinar atuando junto ao paciente?

Sim Não

Verificar treinamento dos pacientes na rotina de CAPD e a participação da equipe multidisciplinar.

Nível 3

617. É feita dosagem mensal do teor de alumínio na água utilizada?

Sim Não

618. Há sistema de tratamento da água por osmose reversa?

Sim Não

619. O serviço é dotado de equipamentos que ofereçam maior segurança aos pacientes através de condutímetro, detetor de bolhas, controle de pressão venosa e sistemas automatizados de bloqueio do equipamento?

Sim Não

11 – Medicina Nuclear

Cintilografia: cabeça fixa (gama câmara) ou cabeça móvel (cintilografia linear).

Nível 1

Verificar laudos técnicos de aparelho(s) e da área física para dar início à visita.

620. Conta com infra-estrutura para as diversas aplicações diagnósticas *in vivo* dos radioisótopos?

Sim Não

621. Há médico especialista em Medicina Nuclear?

Sim Não

622. Possui alvará de funcionamento de autoridade competente exibida em local visível?

Sim Não

623. Os técnicos possuem treinamento em manejo de equipamento e manipulação de material radioativo?

Sim Não

624. Possui os seguintes recursos técnicos:

- cintilógrafo linear?

Sim Não

- calibrador de atividades?
 Sim Não
- detector do tipo “poço”?
 Sim Não
- traçadores radioativos?
 Sim Não
- gama câmara?
 Sim Não
- detetor portátil de radiação “Griller Muller”?
 Sim Não

625. Possui área exclusiva para cada equipamento de medição?

Sim Não

626. Os resíduos são eliminados com segurança? (Observar local para gerenciamento dos rejeitos radioativos.)

Sim Não

627. Possui área exclusiva para preparo e manuseio das substâncias radioativas?

Sim Não

628. Realiza monitorização pessoal e controle médico periódico dos funcionários do setor?

Sim Não

Nível 2

629. A chefia conta com assessoria de técnicos com habilitação específica no manejo de equipamento e manipulação de material radioativo?

Sim Não

630. Possui gama câmara com processamento computadorizado de imagens e medições?

Sim Não

631. Existe intercâmbio constante entre o médico solicitante e o especialista em medicina nuclear?

Sim Não

632. Existe treinamento continuado dos técnicos?

Sim Não

633. Existem protocolos “escritos” dos procedimentos?

Sim Não

Nível 3

634. O médico responsável participa das reuniões clínicas gerais?

Sim Não

635. Há chefia de médico especialista com assessoria de físico, químico e/ou bioquímico e/ou farmacêutico?

Sim Não

636. Possui gama câmara para SPECT (Single Photon Emission Computerized Tomography)?

Sim Não

637. Possui monitor portátil para avaliação de contaminação de superfícies?

Sim Não

638. Possui quarto para descontaminação radioativa de pacientes inoculados com iodo radioativo?

Sim Não

639. Realiza atividades de avaliação dos protocolos do serviço?

Sim Não

12 – Radioterapia

No começo da visita, verificar a existência da autorização de autoridade competente para controle de radiações exposta em local visível. A área deve ser de acesso restrito.

Nível 1

640. Possui alvarás atualizados da Vigilância Sanitária e do CNEN?

Sim Não

641. Há médico especialista em radioterapia?

Sim Não

642. Há físico-médico para calibração do equipamento, dosimetria clínica e planejamento do tratamento?

Sim Não

643. Conta com equipamento de cobaltoterapia?

Sim Não

644. Conta com equipamento para radioterapia superficial?

Sim Não

645. Pode utilizar técnicas de agulhas ou tubos de Césio 137?

Sim Não

646. Pode utilizar doses terapêuticas de Iodo 131 ou soluções intracavitárias?

Sim Não

647. Pode realizar tratamentos com radioisótopos infundidos ou implantados?

Sim Não

648. Pode utilizar implantes intersticiais de Irídio 192?

Sim Não

649. Elabora relatórios mensais de controle de radiação?

Sim Não

650. Possui compêndio de protocolos terapêuticos por patologia?

Sim Não

Verificar relatórios e protocolos.

651. Os protocolos são efetivamente utilizados?

Sim Não

652. Trabalha com técnicos especializados em radioterapia?

Sim Não

Verificar certificação dos técnicos.

653. Há sinalização clara advertindo sobre o risco de radiação?

Sim Não

654. Todos os funcionários da área recebem treinamento específico sobre riscos e medidas de prevenção relacionadas à atividade?

Sim Não

655. São feitos exames médico e laboratorial de todos os funcionários, como medida de prevenção?

Sim Não

Verificar o registro e periodicidade desses eventos.

Nível 2

656. Possui acelerador linear de até 6 MeV com ou sem capacidade para utilização de elétrons?

Sim Não

657. Possui simulador localizador?

Sim Não

658. Realiza seguimento dos casos atendidos visando à melhoria da técnica e acompanhamento do tratamento dos efeitos colaterais da radioterapia?

Sim Não

659. Mantém intercâmbio formal com outros serviços?

Sim Não

660. O serviço trabalha em coordenação com programas de atendimento multiprofissional ao paciente com câncer?

Sim Não

Nível 3

661. Possui acelerador linear de mais de 6 MeV que pode irradiar raios X ou elétrons?

Sim Não

662. Possui dosimetria computadorizada?

Sim Não

663. Faz controle periódico com intervalos específicos para cada patologia dos pacientes submetidos à dosimetria computadorizada?

Sim Não

664. Os profissionais do serviço estagiam ou participam de estudos em serviços de radioterapia de reconhecimento internacional?

Sim Não

13 – Reabilitação**Nível 1**

665. Executa tratamentos de reabilitação primária em internação geral ou terapia intensiva?

- fisioterapia respiratória

Sim Não

- massagens

Sim Não

- mobilização

Sim Não

666. Essas atividades são executadas por profissional habilitado?

Sim Não

667. Os procedimentos são registrados na evolução diária do paciente?

Sim Não

Verificar em prontuários do arquivo e da enfermaria.

Nível 2

668. O responsável pelo serviço é profissional universitário especializado em reabilitação?

Sim Não

669. Há registro e controle (ficha, cartão, etc.) dos pacientes em tratamento?

Sim Não

670. O tratamento realizado é planejado e segue um programa?

Sim Não

- há programas de reabilitação orientados para as especificidades de cada patologia (por exemplo cardiologia, pneumologia, hemofilia, etc.)?

Sim Não

671. Todos os técnicos possuem habilitação específica em reabilitação?

Sim Não

672. Há um programa de reciclagem dos técnicos e profissionais do serviço?

Sim Não

673. Em caso de ginásio: verificar os equipamentos e aparelhos existentes, assim como seu estado de conservação.

Sim Não

(Obs: Sim = material em condições de uso; Não = material sem condições de uso)

Nível 3

674. Há médico fisiatra responsável pelo serviço?

Sim Não

675. Há uma equipe profissional disponível para a unidade constituída por:

- fisioterapeuta?

Sim Não

- fonoaudiólogo?

Sim Não

- terapeuta ocupacional?

Sim Não

- psicólogo?

Sim Não

676. Tem acesso a outros especialistas de apoio?

Sim Não

677. Existe intercâmbio com os demais serviços do hospital?

Sim Não

678. Realiza consulta de controle evolutivo após a conclusão do tratamento?

Sim Não

14 – Serviço social

Nível 1

679. Existe profissional habilitado em Serviço Social?

Sim Não

680. Dispõe de tempo para entrevistas e reuniões com os pacientes?

Sim Não

681. Possui local para entrevistas com isolamento acústico e visual?

Sim Não

Verificar registro no conselho regional do profissional.

Nível 2

682. Possui normas e procedimentos escritos, revisados periodicamente?

Sim Não

683. Possui arquivos de relatórios sócio-econômicos dos pacientes?

Sim Não

684. Há registro das tarefas dos membros do serviço?

Sim Não

Verificar normas e registros.

Nível 3

685. Participa de reuniões multiprofissionais com registro das atividades?

Sim Não

686. Realiza visitas domiciliares?

Sim Não

687. Trabalha em coordenação com a comunidade?

Sim Não

688. Realiza identificação de grupos de risco social?

Sim Não

689. Oferece atendimento aos funcionários da instituição?

Sim Não

Verificar relatórios de atividades.

15 – Posto de coleta de sangue**Nível 1**

690. O serviço conta com lugar exclusivo para as suas finalidades?

Sim Não

691. Há alvará da Vigilância Sanitária exposto em lugar visível?

Sim Não

692. Há um médico responsável pelo serviço?

Sim Não

Verificar o nome do médico responsável e a sua atualização junto aos órgãos sanitários.

693. Há rotinas de procedimentos dirigidos ao doador? (Identificar todos os itens abaixo):

- entrevista epidemiológica?

Sim Não

- realização de exame clínico do doador?
 Sim Não
- realização no local de hematócrito do doador?
 Sim Não
- presença do responsável técnico no ato?
 Sim Não
- registro completo dos doadores?
 Sim Não

Verificar no registro anotações de nome, domicílio, origem, profissão, idade, peso, altura, exame físico e clínico e resultado da entrevista epidemiológica.

694. Os coletores são profissionais de enfermagem com treinamento específico?

Sim Não

695. A cadeira de doador é reclinável, permitindo que ele se deite caso seja necessário?

Sim Não

696. É executado o registro de intercorrências com doadores?

Sim Não

Verificar os registros.

697. As bolsas de sangue e tubo de amostra são armazenados em geladeiras (exclusivas do local), até serem levadas para o banco de sangue (exceto quando destinadas à preparação de concentrado de plaquetas)?

Sim Não

Verificar se as bolsas e amostras estão devidamente armazenadas e identificadas. Verificar o tempo de armazenamento das bolsas destinadas à preparação de concentrado de plaquetas (máximo de 8 horas à temperatura de 20° a 24°C).

698. O doador recebe o resultado das sorologias normais pelo correio (ou pessoalmente) e, caso estejam alterados, é notificado para receber instruções no local (orientar e encaminhar o doador para serviços complementares de diagnóstico e tratamento)?

Sim Não

Nível 2

699. Há atividades de avaliação da eficiência da triagem epidemiológica?

Sim Não

Verificar o sistema.

700. Há protocolos clínicos “escritos” para a assistência das intercorrências com os doadores?

Sim Não

701. Existe um programa de estímulo para a captação de doadores periódicos?

Sim Não

Verificar o cadastro e sistema de acompanhamento dos doadores.

16 – Agência transfusional**Nível 1**

702. O médico responsável supervisiona as unidades de sangue recebidas pelo serviço?

Sim Não

703. O serviço verifica se foram realizados todos os seguintes exames:

- tipagem ABO – Rh – antígeno D fraco?

Sim Não

- Lues (VDRL)?

Sim Não

- Chagas (dois métodos)?

Sim Não

- sorologia para hepatite B, C, anti-HBc?

Sim Não

- detecção de anti-HIV?

Sim Não

- HTLV-I/II?

Sim Não

- dosagem de ALT/TGP?

Sim Não

- outros? _____

704. Conta durante 24 horas com:

- médico hematologista/hemoterapeuta disponível?

Sim Não

- pessoal técnico de plantão ativo ou a distância?

Sim Não

705. O pessoal técnico conta com supervisão ativa do responsável pelo serviço, com reuniões periódicas?

Sim Não

Nível 2

706. Em caso de reações transfusionais, o serviço de hemoterapia dispõe de protocolos de procedimentos escritos para a condução do evento?

Sim Não

Verificar os protocolos.

707. Dos procedimentos especiais (todos os subitens):

- O serviço de hemoterapia apresenta condições estruturais para a execução de procedimentos especiais (aférese) com a presença de profissionais médicos e de equipamentos e materiais para socorro em situações emergenciais?

Sim Não

- O doador recebe informação e explicação sobre possíveis riscos do procedimento e dá consentimento por escrito?

Sim Não

- O serviço de hemoterapia mantém registros dos doadores e obedece aos intervalos mínimos entre duas doações nesses procedimentos especiais?

Sim Não

17 – Banco de sangue

Nível 1

708. Verificar todas as seguintes características:

- é dirigido por um profissional especializado?
 Sim Não
- tem registro permanente de doadores e receptores?
 Sim Não
- realiza avaliações periódicas a reações adversas?
 Sim Não
- é centro de referência para outros estabelecimentos?
 Sim Não
- fornecimento de matérias-primas às plantas de hemoderivado?
 Sim Não

Verificar lista de estabelecimentos que se abastecem no banco ou, por sua vez, fornecem sangue doado. Examinar remessas dos últimos três meses no arquivo.

709. Há um sistema interno de identificação das amostras, bolsas e hemoderivados?

- Sim Não

Verificar o sistema e seus mecanismos de controle.

710. Há normas escritas e atualizadas sobre (todos os subitens):

- fracionamento do sangue inteiro para separar componentes?
 Sim Não
- conservação dos componentes para provisão à demanda?
 Sim Não
- rotinas de verificação e calibragem de aparelhos, geladeiras, etc.?
 Sim Não
- técnicas laboratoriais utilizadas?
 Sim Não

711. São elaboradas todas as provas sorológicas a seguir:

- tipagem ABO - Rh - antígeno D fraco?
 Sim Não
- Lues (VDRL)?
 Sim Não
- Chagas (dois métodos)?
 Sim Não
- sorologia para hepatite B, C, anti-HBc?
 Sim Não
- detecção de anti-HIV?
 Sim Não
- HTLV-I/II?
 Sim Não
- dosagem de ALT/TGP?
 Sim Não

Verificar a existência dos reagentes, aparelhos e métodos de controle interno.

712. Possui agitador de plaquetas?

- Sim Não

713. Existem reuniões periódicas gerenciais para assuntos operacionais e/ou avaliação do desempenho do serviço, no mínimo a cada três meses?

- Sim Não

714. Há programas de controle de qualidade interno?

- Sim Não

Verificar controles, registros, relatórios e existência de painéis de soros.

Nível 2

715. Participa de algum programa de controle de qualidade externo?

- Sim Não

Verificar relatórios.

716. A unidade supervisiona tecnicamente todas as fases do processo (coleta, processamento, armazenamento, distribuição e transfusão)?

- Sim Não
-

MEMBROS DO GRUPO TÉCNICO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Ana Maria Malik, Henrique de Mesquita Barbosa Correa, Filomena Kotaka, Haino Burmester, Ivete Jaworski Wazur, Ivomar Gomes Duarte, José Agenor Mei Silveira, Jurema Caldeira Brant Ribeiro Gomes, Leonardo Justin Carâp, Luis Plinio Moraes de Toledo, Lynn Dee Silver, Maria Licia Resende Pacheco, Moacir P. Ramos, Pubenza López Castellanos, Yasue Higaki.

COLABORADORES

Cátia Regina Marzola, Laura Maria Cesar Schiesari, Livia C. Silveira, Lucila Pedroso da Cruz, Marisa Naoe Makiyama, Paula Carnevale Vianna, Valéria Terra e Membros do Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

- AZEVEDO, A. C. "Indicadores da Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde", *in Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade*.
- BANTA, H. D.; B. R. Luce. *Health Care Technology and its Assessment – An International Perspective*. Oxford, Oxford Medical Press, 1993.
- BERWICK, D. *Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*. São Paulo, Makron, 1991.
- BURMESTER, H.; I. G. Duarte; R. Bertolucci. "Programa CQH", *in Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade*.
- BRUGGER, W. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo, Pedagógica e Universitária, 1977.
- CAMPOS, F. C. B.; C. M. P. Henriques. *Contra a Maré a Beira-Mar – A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Página Aberta, 1996.
- Centers for Disease Control and Prevention. *CDC Guidelines: Improving the Quality*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
- CECILIO, L. C. O.; G. W. S. Campos; E. E. Merhy. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994.
- CUNHA, A. C. *Dicionário Entomológico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
- CURTIS, K. *From Management Goal Setting to Organizational Results – Transforming Strategies Into Action*. Westport, Connecticut, Quorum Books, 1994.
- DAVIS, E. R. *Total Quality Management for Home Care*. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers, 1994.
- DECKER, M. D. "The Development of Indicators", *in Infection Control and Hospital Epidemiology*, 12(8): 490-492, 1991.
- DEMING, W. E. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro, Marques-Saraiwa, 1990.
- DONABEDIAN, A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. "The Quality of Care - How Can it be Assessed?", *in JAMA*, 260(12):1743-1748, 1988.
- DONABEDIAN, A. "The Seven Pillars of Quality", *in Arch. Pathol. Lab. Med.*, 114:1115-1118, 1990.
- DONABEDIAN, A. "The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance", *in QRB*. 18:356-360, 1992.
- DONABEDIAN, A. "Continuity and Change in the Quest for Quality", *in Clinical Performance and Quality in Health Care*, 1(1): 9-16, 1993.
- EVANS, D. R. *Enhancing Quality of Life in The Population at Large*, *in* Romney, D. M. and col. - *Improving the Quality of Life - Recommendations for People with and without Disabilities*. London, Kluwer Academic Publishers, 1994.

- FERRAZ, S. T. "A Pertinência da Adoção da Filosofia de Cidades Saudáveis no Brasil", in *Saúde em Debate*. 41:45-9,1995.
- FORATTINI, O. P. "Qualidade de Vida e Meio Urbano. A Cidade de São Paulo, Brasil", in *Rev. Saúde Pública*, 25(2):75-86,1991.
- GILMORE, C. M. e H. M. Novaes. *Manual de Gerencia de la Calidad*. Organización Pan-Americana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W. K. Kellogg – serie HSP – UNI/Manuales Operativos PALTEX, volume III, nº 9, 1996.
- HUERTAS, F. *Entrevista com Matus - O método PES*. São Paulo, Edições Fundap, 1995.
- ISHIKAWA, K. *Controle de Qualidade Total*. Rio de Janeiro, Campus, 1997.
- JONHS, M. "Customer Satisfaction: The Case for Measurement", in *JAMM*, 18(1)17-21,1995.
- KRITCHEVSKY, S. B.; B. P. Simmons; B. I. Braun. "The Project to Monitor Indicators: A Collaborative Effort Between the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and the Society for Healthcare Epidemiology of America", in *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 16 (1):33-35, 1995.
- LAURENTI, R.; M. H. P. Mello Horge; M. L. Lebrão; S. L. D. Gotlieb. *Estatísticas de Saúde*. São Paulo, Pedagógica e Universitária, 2ª ed., 1987.
- MALIK, A. M. "Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e Cultura Organizacional", in *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 32(4): 32-41, 1992.
- MALIK, A. M. "Qualidade em Serviços de Saúde nos Setores Público e Privado", in *Cadernos Fundap*. São Paulo, 19:7-24, 1996.
- MALIK, A. M. *Avaliação, Qualidade e Gestão*, São Paulo, Senac, 1996.
- MASSANARI, R. M.; K.Wilderson; S. Swartzendruber. "Designing Surveillance for Noninfectious Outcomes of Medical Care", in *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 16(7):419-426, 1995.
- MORGAN, C. e S. Murgatroyd. *Total Quality Management in the Public Sector*. Buckingham, Open University Press, 1994.
- NETTO, A. R. "Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia", org. Lima, M. F. e Souza, R. P. de, in *Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Belo Horizonte, Coopmed/Abrasco,1994.
- NOGUEIRA, R. P. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark,1994.
- NOVAES, H. M.; J. M. Paganini. *Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil)*. Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/HSS/94.
- NOVAES, H. M. Relatório do Seminário Sub-Regional do Cone Sul sobre Acreditação de Hospitais. 1995.
- PARMENTER, T. R. *Quality of Life as a Concept and Measurable Entity*, in Romney, D. M. e col. *Improving the Quality of Life – Recommendations for People with and without Disabilities*. London, Kluwer Academic Publishers, 1994.
- POSSAS, C. A. "Prioridades Sanitárias, Ciência e Tecnologia" in *Anais da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*, Brasília, Ministério da Saúde. 243-257, 24-28 de outubro de 1994

- RIVERA, F. J. U. R. *Planejamento Estratégico Situacional ou Controle de Qualidade Total em Saúde? Um Contraponto Metodológico*. Cadernos Fundap, 19:25-46,1996.
- ROBINSON, R. "Economic Evaluation in Health Care – What does it mean?", *in British Medical Journal*. 307:670-673, 1993.
- ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro, MEDSI, 1993.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA *Rumos da Saúde para Londrina – Plano Municipal de Saúde para o Biênio 96-97*.
- SILVA, L. M. V. e V. L. A. Formigli. "Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas", *in CADERNOS de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (1):80-91,1994.
- SCRIVENS, E. *Accreditation – Protecting the Professional or the Consumer?*. Buckingham, Open University Press, 1995.
- SILVER, L. "Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde", *in E. Gallo, F. J. U. Rivera e M. H. Machado, Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
- STENZEL, A. C. B. *A Temática da Avaliação no Campo da Saúde Coletiva: Uma Bibliografia Comentada* (tese de mestrado). Campinas, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1996.
- WILLIAMSON, C. *Whose Standards? Consumer and Professional standards in Health Care*. Buckingham, Open University Press, 1993.
- WOOD JR,T.; F. T. Urdan. "Gerenciamento da Qualidade Total: Uma Revisão Crítica", *in Revista de Administração de Empresas*, 34 (6), 46-59,1994.

OS AUTORES

ANA MARIA MALIK

Médica, doutora em Medicina (área de concentração: Medicina Preventiva) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, superintendente de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, professora adjunta da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP – FGV) e diretora do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA – FGV).

Endereço para correspondência: Av. 9 de Julho, 2029 – 5º andar – PROAHSA – São Paulo – SP CEP 01313-902

e-mail: malik@einstein.br

LAURA MARIA CESAR SCHIESARI

Médica, mestranda em Saúde Pública (área de concentração: Administração Hospitalar) na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP – USP), consultora de Gestão da Qualidade, professora colaboradora do curso de especialização em Administração de Serviços de Saúde – Administração Hospitalar da FSP – USP.

Endereço para correspondência: Av. Dr. Arnaldo, 715 – 1º andar – Administração Hospitalar São Paulo – SP – CEP 01246-904

e-mail: lschies@usp.br