**QUALIDADE HOSPITALAR – ESTUDO DE
CASO EM HOSPITAIS SELADOS PELO
CQH - *Programa de Controle da Qualidade
Hospitalar***

ADRIANA SERRA CYPRIANO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Prática em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração:
Administração Hospitalar

ORIENTADOR: PROFESSOR TITULAR
MARCOS KISIL

São Paulo

2004

RESUMO

Cypriano AS. **Qualidade Hospitalar – Estudo de caso em hospitais selados pelo CQH – Programa de Controle de Qualidade Hospitalar.** São Paulo, 2004.

[Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública]

Estudo de caso em nove Hospitais detentores do Selo de Conformidade do CQH – Programa de Controle de Qualidade - situados na Região Metropolitana da Grande São Paulo. O objetivo da pesquisa foi descrever o Programa de Qualidade em exercício e caracterizar suas iniciativas e atividades de melhoria da qualidade dentro do contexto organizacional. Foram realizadas entrevistas com os “gestores do programa ou comissão de qualidade” baseado em instrumento semi-estruturado e organizado segundo os critérios de excelência do Prêmio Malcom Baldrige. Nos Hospitais em estudo, a liderança hospitalar apresentava um papel atuante como idealizador e promotor das atividades do programa. Ainda que seus administradores apresentassem diversas compreensões sobre a conceituação de qualidade e programas de avaliação, a busca pela melhoria da qualidade está presente e modificando a cultura organizacional, em prol de melhores processos e resultados como estratégia de competitividade e satisfação do cliente.

Descritores: CQH, Melhoria da Qualidade, Gestão da Qualidade Total, Qualidade em Saúde, Avaliação em Saúde.

SUMMARY

Cypriano AS. Hospital Quality– Case study in hospitals awarded the Hospital Quality Control Program (CQH) - compliance seal. São Paulo, 2004. [Master's Degree Treatise– Faculdade de Saúde Pública (School of Public Health]

Case study in nine Hospitals located in the Metropolitan region of the Grande São Paulo carrying the CQH – Quality Control Program – Compliance Seal. The survey aimed to describe the quality program in place and to characterize its quality improvement initiatives and activities within the organizational context. Interviews were conducted with the “program managers or quality commission” based on a semi-structured tool and organized according to Malcom Baldrige Award's excellence criteria. In the Hospitals under study, the hospital governance played an active role as conceiver and promoter of the program activities. Although the managers showed to have different views of the quality concept and assessment programs, the search for quality improvement is present and it has been changing the organizational culture in favor of better processes and results as a strategy for competitiveness and client satisfaction.

Key Words: CQH, Quality Improvement, Total Quality Management, Quality in Health, Assessment in Health

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. GESTÃO DA QUALIDADE	12
2.1. Evolução Histórica	12
2.2. Alguns modelos e ferramentas de qualidade	17
2.2.1 Prêmios	17
2.2.2 ISO – Certificação	22
2.2.3. 5S	24
3. QUALIDADE EM SAÚDE	26
3.1. Aplicação e Gerenciamento de Programas de Qualidade na Saúde	31
3.1.1. Conceito e Evolução Histórica da Acreditação	33
3.1.2. Algumas experiências de programas de acreditação no Brasil	36
3.1.2.1. CQH	36
3.1.2.2. PACQS / CBA	37
3.1.2.3. ONA	38
4. PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR – CQH	40
4.1. Histórico	40
4.2. Indicadores e <i>Benchmarking</i>	41
4.3. Concessão do Selo – “Acreditação”	46
5. OBJETIVOS	49
5.1. Objetivo Geral	49
5.2. Objetivos Específicos	49
6. METODOLOGIA	50
6.1. Considerações Metodológicas	50
6.2. Pesquisa Bibliográfica	51
6.3. Construção do Instrumento de Pesquisa	51
6.4. Exploração do Campo	53
6.5. Trabalho de Campo	54
6.5.1. Entrevista	54
6.5.2. Entrevistados	55
6.6. Análise dos Resultados	58
7. DISCUSSÃO E RESULTADOS	59
7.1. Liderança	64
7.1.1. Conselho Administrativo	64
7.1.2. Administração Geral	65

7.2. Caracterização da Unidade/Programa de Melhoria da Qualidade Hospitalar	69
7.3. Gestão do Programa de Melhoria da Qualidade	78
7.3.1. Atividades de Melhoria da Qualidade	78
7.3.2.1. Liderança	82
7.3.2.2. Planejamento	84
7.3.2.3. Foco no Cliente	87
7.3.2.4. Informação e Análise	88
7.3.2.5. Desenvolvimento e Gestão de Pessoas	91
7.3.2.6. Gestão de Processos	92
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
9. REFERÊNCIAS	99

ANEXOS

Anexo 1 Formulário de Entrevista

Anexo II Portarias do Ministério da Saúde

Anexo III Síntese das Atividades de Melhoria da Qualidade Descritas pelos Entrevistados.

Anexo IV Tabelas - Respostas Opinativas

À minha amada família, Gilberto e Sofia.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Titular Marcos Kisil, orientador e mentor deste trabalho, pela consideração e apoio para realização da presente pesquisa.

À Professora Dra. Ana Maria Malik pela amizade e pela inestimável orientação nesse trabalho e em todos esses anos de conhecimento.

Aos Professores Olimpio J. N. V. Bittar, Marcio Biczuk do Amaral e Jose Henrique Germann pelos preciosos conselhos e sugestões para conclusão do estudo.

A Dra. Denise Schout por seu constante apoio e incentivo.

Aos meus pais por seu amor e abnegado apoio.

Aos meus irmãos e cunhados pelo carinho sempre presentes.

À Lia Sterman Heimann por sua compreensão e felizes sugestões.

Aos amigos e colegas Mirna Namie Okamura, Valeria Terra, João Pedro Telles e Fábio Patrus Pena pelo apoio e auxílio durante a pesquisa bibliográfica.

Ao Doutor Haino Burmester e Núcleo Técnico do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar – CQH pela interlocução e apoio para realização das entrevistas nos Hospitais selecionados.

Aos gestores da qualidade entrevistados, expresso meus agradecimentos pela disponibilidade em responder ao questionário. Foram esses depoimentos que permitiram a construção do trabalho que aqui se apresenta.

1. INTRODUÇÃO

“A preocupação com a qualidade está deixando rapidamente de ser um diferencial, uma opção, para se tornar um imperativo, um pré-requisito básico para a sobrevivência e competitividade nas organizações do mundo moderno.” (QUINTO NETO & BITTAR, 2004)

Nas últimas décadas, em vários países, observa-se uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços. (CAMACHO, 1998)

Uma busca na literatura internacional demonstra ser a qualidade um tema recorrente na área da saúde, e para embasar tal afirmação pode-se citar que uma pesquisa sobre qualidade em saúde no Medline no período de 1990 a 2003 demonstrou existir 58.210 trabalhos relacionados ao tema.

Tal preocupação traz em seu cerne a questão básica: O que é Qualidade em Saúde?

Segundo TERRA (2000), ainda não existe um consenso sobre o significado exato do termo, principalmente pelos aspectos de subjetividade implícitos no conceito. Tais aspectos encerram em si um juízo de valor, próprio da apreciação ou opinião pessoal. A definição de qualidade deve variar segundo o ponto de vista do produtor, do fornecedor

e do usuário final, em acordo com os critérios estabelecidos pelos diferentes atores submetidos ao processo em avaliação.

BONATO (2003) cita a qualidade como forma de transformação empresarial projetada para o futuro, explicitando que a discussão em torno do conceito de qualidade ampliou-se a partir da década de 80 do século XX. Segundo a autora, a difusão deste conceito possibilitou que organizações buscassem Sistemas de Qualidade para se posicionarem no mercado, em prol da competitividade, eficiência e eficácia de seus processos.

GARVIN (1992) contextualiza a qualidade para a atual realidade organizacional como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações em mercados altamente competitivos, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda a organização. Considera esse panorama o clímax de uma tendência que teve início no século passado.

No cenário da saúde, tem-se a definição da qualidade adotada pela Organização Mundial de Saúde como “um conjunto de atividades planejadas, baseadas na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidado, tendo como objetivo a melhoria contínua dos cuidados”.

Embora o conceito tenha um caráter subjetivo e seja razoável subentender que a busca pela qualidade em serviços seja em si uma constatação da ausência da mesma, torna-se necessário situar qual é a visão dos serviços de saúde para expressar qualidade ou mesmo falta dela.

Essa percepção implica em avaliar ou mensurar a qualidade dentro de hospitais ou demais serviços de saúde, o que pode ocorrer de forma implícita ou explícita. Por vezes nos deparamos com manchetes de jornais relatando a falta de qualidade hospitalar ao relacionar mortes de bebês a surtos de infecção hospitalar ou até mesmo óbitos em hemodialisados porque a água da diálise estava contaminada. Sem dúvida, tal julgamento é legítimo, porém, tão-somente, não caracteriza uma avaliação do desempenho do hospital, por não ser um juízo de valor com critérios pré-definidos, passíveis de discussão e crítica.

MALIK (1998) compreende avaliação como um processo destinado basicamente a conhecer o objeto do estudo para aprimorá-lo. Logo, aprimorar seria incorporar melhoria de qualidade ao objeto mensurado, ou seja, o ato de avaliar já garantiria em si uma busca por qualidade.

Como o foco desta dissertação consiste em estudar hospitais participantes de um Programa de Avaliação de Qualidade Hospitalar conhecido como Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar – CQH, cabe adiantar que os objetos da revisão bibliográfica serão especificamente os marcos conceituais da qualidade, avaliação de programas, evolução histórica e contextualização de tais movimentos no campo da saúde e seus reflexos nas organizações hospitalares brasileiras.

KISIL (2003) relata, em seu estudo sobre revisão analítica da literatura sobre qualidade hospitalar no Brasil, a existência de uma dispersão de autores com publicações sobre o assunto e predomínio de apenas cinco deles, com mais de quatro artigos publicados. Esse resultado demonstraria a necessidade em consolidar-se no país um número maior de pesquisadores especializados em qualidade hospitalar.

Um dos estudos pioneiros para investigação de iniciativas de qualidade hospitalar no Brasil, foi efetuado por AKERMAN (1996), cuja pesquisa retratou experiências, principais preocupações dos dirigentes, estratégias e obstáculos encontrados para implementação de programas de qualidade tanto em hospitais privados como públicos.

MALIK e TELLES (2001) investigaram, no segundo semestre de 1999, as atividades de qualidade em 97 hospitais do Estado de São Paulo, com natureza pública, privada ou filantrópica. Essa pesquisa apresentou resultados bastante interessantes: 77% da amostra em estudo não reconhecia na época qualquer atividade ou programa de melhoria da qualidade em andamento, muito embora quase todos afirmassem monitorar indicadores gerenciais. A inexistência de programas de qualidade foi atribuída ao elevado custo de implantação, demora na obtenção de resultados e até mesmo na falta de percepção dessa necessidade.

O interesse em ampliar o conhecimento sobre a conceituação de qualidade de atenção hospitalar como tema complexo e multifacetado; necessidade de mudanças na cultura organizacional da saúde brasileira, em particular de hospitais; dificuldade em caracterizar esta realidade em termos de motivação e estratégias para adoção de programas de qualidade, dentre outros aspectos a serem esclarecidos, conduziram a realização deste estudo, como busca do conhecimento, através de relatos e experiências de hospitais com programas já reconhecidamente implantados.

2. GESTÃO DA QUALIDADE

2.1. Evolução Histórica

A abordagem da administração da qualidade utilizada, a partir de meados de 1990, é resultado de uma longa evolução. Durante séculos, a única forma de “controle da qualidade” foi à inspeção, desde os primórdios da atividade manufatureira, ainda no período em que predominava a produção em caráter artesanal. A observação por parte dos mestres artesãos aos aprendizes era o principal instrumento de controle da qualidade. À medida que as oficinas cresceram, criaram-se métodos específicos de inspeção nos quais se estudavam os resultados do trabalho. (BERWICK, 1994)

O controle de qualidade, como hoje se conhece, iniciou-se no século passado na década de 30, com o desenvolvimento e implementação dos gráficos de controle por Shewhart na Bell Laboratories. Shewhart apregoava que os esforços da empresa deveriam dirigir-se não mais na identificação e reparação de erros no produto final e, sim, na identificação e correção dos processos de trabalho. (BERWICK, 1994)

Durante a II Guerra Mundial, a indústria enfrentou o grande desafio em produzir suprimentos com maior qualidade, em maior escala e menor custo. Para alcançar tais objetivos, uma das estratégias foi reduzir o tempo disponível para inspeção final, o que acarretou maior utilização do controle de processos por amostragem.

No período da II Guerra Mundial, foram as indústrias britânicas e americanas que mais fizeram uso do controle de qualidade proposto por Shewart, embora no pós-guerra o Japão tenha sido a nação que mais se destacou por aplicar plenamente os métodos de controle de qualidade.

Mais tarde, foi possível visualizar que nesse cenário estavam surgindo quatro elementos básicos no processo de evolução da qualidade: a Quantificação de Custos da Qualidade, o Controle Total da Qualidade, a Engenharia da Confiabilidade e o Programa de Zero Defeito. Iniciou-se-se, assim, a Era da Garantia da Qualidade, cujo objetivo era prevenir os problemas, porém, usando mais do que técnicas estatísticas para essa finalidade. (GURGEL JR. & VIEIRA, 2002)

Após a II Guerra, nos anos 50 e 60, o Japão caracterizou-se por seu esforço em reconstruir o país e a economia nipônica adotou o conceito de Qualidade como um objetivo central a ser perseguido. Lançava-se o desafio para criação de produtos competitivos e qualidade agregada, além de clientes satisfeitos.

Especialistas americanos foram convidados a participar dessa construção ou mesmo revolução do gerenciamento das empresas japonesas, destacando-se a assistência de um estatístico americano de nome William Edwards Deming, reconhecido por seus estudos de amostragem. (MELLO & CAMARGO, 1998)

Deming levou sua proposta de uma visão sistêmica da gestão baseada na melhoria contínua da qualidade e definida com base em 14 princípios aplicáveis à produção de bens e serviços, os quais se tornaram os alicerces do Gerenciamento da Qualidade Total.

É de sua autoria o famoso ciclo Plan, Do, Check, Action (PDCA) ou ciclo de Deming – um ciclo de controle de processos com uma abordagem sistêmica para a solução de problemas. Consiste em:

- Planejamento (PLAN) da atividade ou tarefa;
- Execução (DO);

- Comparação dos resultados com padrões previamente estabelecidos;
- Implementação (ACT) de ações de melhoria (ou ações corretivas, sempre que forem observados desvios).

No início da década de 50 no século XX, J.M. Juran, em seu livro “Quality Control Handbook”, mencionou pela primeira vez a Quantificação dos Custos da Qualidade, cuja premissa referia-se aos custos da não-qualidade com ênfase no quanto à organização perdia em função de defeitos de produção, representada pelo sobretrabalho e retrabalho e na insatisfação dos clientes. (GARVIN, 1992) Em 1954, Juran foi ao Japão e, assim como Deming, foi convidado a participar de seminários com a finalidade de atingir os administradores de nível central e intermediário e explicar-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". Para ele, a administração da qualidade compreende três processos básicos - planejamento, controle e melhoria -, a chamada trilogia de Juran. (MALIK & SCHIESARI, 1998)

Em 1956, Armand Feigenbaum propôs um conceito mais avançado, o Controle Total da Qualidade, partindo da premissa que a qualidade do produto é deveria ser objeto de todos na organização, desde a concepção, passando pela fabricação, até a chegada dos produtos às mãos dos clientes. (GARVIN, 1992)

Com base nesses conceitos, os japoneses quanto mais tarde os americanos, passam a compreender o controle da qualidade total como uma completa mobilização de

esforços de melhoria e controle – incluindo todos os níveis e funções hierárquicas – tornando-se um esforço corporativo.

Segundo GURGEL JR. & VIEIRA (2002), “um outro componente importante desenvolvido, pelos mesmos autores, com forte crença na probabilidade e na estatística foi a Engenharia de Confiabilidade, cujo objetivo era garantir a durabilidade e funcionalidade dos produtos ao longo do tempo. Estas idéias tiveram forte influência da indústria aeroespacial que permitiu expandir a garantia dos produtos tornando-se um importante diferencial competitivo”.

A outra idéia desenvolvida nesse período, o Programa de Zero Defeito, tinha como objetivo realizar, de uma só vez, a fabricação de um produto sem defeitos, evitando a necessidade de refazê-lo. O idealizador desse programa, Phillip Crosby, um pragmático homem de negócios, popularizou o conceito de “fazer certo da primeira vez”. Para Crosby a qualidade é a conformidade com as especificações, a qual é medida pelo custo de não-conformidade. A qualidade não possui significado somente de conformidade ou não-conformidade.

Além dos autores americanos citados, Kaoru Ishikawa é igualmente reconhecido como um dos “gurus do gerenciamento da qualidade”. No século passado, na década de 60, Ishikawa se envolveu nos esforços primários da JUSE (Japan Union of Scientists and Engineers) para promover a qualidade. Ishikawa e colaboradores deram um cunho japonês às teorias de Deming e Juran, sendo de sua autoria as sete ferramentas da qualidade: gráficos de Pareto, diagramas de causa e efeito, estratificação, folhas de verificação, histogramas, diagramas de dispersão e gráficos de controle.

Ishikawa se distinguiu por acreditar que as sete ferramentas poderiam ser utilizadas por qualquer trabalhador, diferindo de outras metodologias que colocavam a qualidade nas mãos de especialistas. Foi responsável por redefinir o conceito de cliente, incluindo qualquer funcionário que recebia como insumo o produto final, resultante do trabalho anterior executado por um colega. (WOOD JR. & URDAN, 1994)

Kaoru Ishikawa também foi o responsável pela criação e disseminação dos Círculos de Controle da Qualidade - CCQ, concebidos inicialmente como grupos de estudo. Grupos voluntários, dentro da organização, motivados a buscar soluções de problemas por meio de técnicas e ferramentas da qualidade. Esses grupos normalmente são coordenados por um encarregado e os demais membros são colaboradores subordinados. (GARVIN, 1992)

A filosofia da qualidade desenvolvida no Japão tornou-se conhecida como TQC – Total Quality Control ou Controle de Qualidade Total. Nos Estados Unidos adotou-se o termo Total Quality Management – TQM ou Gestão da Qualidade Total, tornando-se referência desde a década de 80 do século XX.

Com a evolução das técnicas de gestão, desde a definição do termo Total Quality Control por Feigebaum, muitos conceitos foram apresentados. Entretanto, todos indicam um modo de organização de empresas para ofertar serviços ou produzir produtos que atendam às necessidades e expectativas dos clientes, voltado para a correção e a prevenção de erros, tendo como base à manutenção e a melhoria dos padrões de desempenho atuais, com a participação e o envolvimento de todos os membros da organização. (MARTINS & TOLEDO, 1998)

2.2. Alguns modelos e ferramentas de qualidade

MARTINS e TOLEDO (1998) referem-se em seu artigo sobre a proposta de um modelo de gestão pela qualidade total com necessidade em identificar quais metodologias e ferramentas da qualidade, que poderão formar um elenco de opções a serem utilizadas, segundo um desdobramento de estratégias e políticas da organização quanto à gestão da qualidade.

Dentre os modelos mais comumente adotados, as organizações podem optar pelo enfoque da qualidade, segundo os principais autores na matéria, os famosos “gurus da qualidade”, por critérios de avaliação de prêmios nacionais de qualidade, por sistemas de garantia de qualidade, como as normas da série ISO 9000, aplicação de ferramentas do programa de Qualidade Total ou até mesmo pela composição de dois ou mais modelos da qualidade.

A seguir, encontram-se maiores detalhes sobre alguns prêmios nacionais de qualidade e normas ISO da série 9000.

2.2.1 Prêmios

Com o intuito de estimular empresas a desenvolverem programas de Qualidade e conseqüente aumento de produtividade, foram criados prêmios em diferentes partes do mundo. O prêmio Deming, criado no Japão em 1958, foi provavelmente o pioneiro, existindo até a presente data e condecorando organizações que aplicam com sucesso o “Total Quality Control –TQC”.

O prêmio americano Malcom Baldrige National Quality Award, criado em 1987, por meio de Lei, tornou-se possivelmente o prêmio mundial mais famoso e até denominado por MELLO e CAMARGO (1998) como o “Nobel da Qualidade”.

Em acordo com a importância desse prêmio, a concessão do “Baldrige Award” é feita pelo próprio Presidente dos Estados Unidos a empresas de manufatura, serviços e pequenos negócios que apresentam um desempenho de excelência nas sete áreas: liderança, planejamento estratégico, foco do cliente e de mercado, informação e análise, foco do recurso humano, processo gerencial e resultados do negócio. (BALDRIGE NATIONAL PROGRAM QUALITY, 2004)

A iniciativa do Congresso buscava conscientizar organizações quanto ao valor intrínseco da qualidade como instrumento de competitividade tanto no mercado americano como mundial. Aparentemente, o objetivo foi atingido, sendo os critérios para concessão do Baldrige reconhecidos, tanto nos Estados Unidos quanto em outros países, como um padrão mundial para excelência de desempenho organizacional, servindo de modelo para criação de outros prêmios, no Brasil, o PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade.

Para a concessão são analisadas as sete categorias, relacionadas abaixo:

Liderança -- examina como o nível gerencial dirige a organização e como a organização exercita suas responsabilidades em relação à comunidade.

Planejamento estratégico -- examina como a organização ajusta seus “sentidos” estratégicos e como realiza o planejamento das ações-chave.

Foco do cliente e de mercado -- examina como a organização determina as exigências e expectativas dos clientes e dos mercados; como constrói o relacionamento com clientes; como fideliza e gera a satisfação de seus clientes.

Medida, análise e gerência do conhecimento -- examina o uso eficaz da análise de informações. Examina como a melhoria dos dados e informações dá suporte aos processos chaves da organização.

Foco no recurso humano -- examina como a organização desenvolve seus recursos humanos em acordo com potencial, competências e alinhado aos objetivos da organização.

Processos Gerenciais -- examina os aspectos da estruturação dos processos chaves de produção e prestação de serviços segundo seu desenho, controle e melhoria.

Resultado do negócio -- examina o desempenho e a melhoria das organizações em suas áreas de negócios chaves: satisfação de cliente, desempenho financeiro e comercial, recursos humanos, desempenho dos fornecedores, desempenho operacional e responsabilidade da liderança. Esta categoria examina também como a organização está situada perante a concorrência.

Outro prêmio de grande destaque no cenário europeu é o prêmio europeu, criado em 1992, e administrado pela *European Foundation Quality Management – EFQM*. Existindo também o prêmio sueco, administrado pela *Swedish Institute for Quality –*

SIQ, o prêmio francês organizado pelo *Mouvement Français pour la Qualité – MFQ*, entre outros.

Conforme citado anteriormente, o modelo do Malcolm Baldrige National Quality Award influenciou também o cenário brasileiro. Em 1991 foi instituída a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade – FPNQ, entidade privada e sem fins lucrativos, fundada por 39 organizações privadas e públicas, para administrar o Prêmio Nacional da Qualidade. Inicialmente foram apenas os critérios de excelência do Baldrige que nortearam a construção do PNQ. Esta preferência decorreu do fato de estabelecer critérios de avaliação sem prescrever metodologias e ferramentas de gestão. (FPNQ, 2003)

Esse prêmio, na forma de troféu, busca como missão institucional reconhecer a excelência na gestão das organizações sediadas no Brasil e promover a troca de informações sobre métodos e sistemas de gestão que alcançaram sucesso e sobre os benefícios decorrentes da utilização de tais estratégias.

A estrutura de avaliação das organizações para a concessão do prêmio reside em um conjunto de oito critérios de excelência, delineados para permitir uma visão sistêmica dessas organizações, cujo objetivo máximo é permitir que as próprias organizações se auto-avaliem para entender os requisitos para excelência de desempenho, mensuração e identificação de oportunidades de melhoria de desempenho em prol da excelência na gestão. (FPNQ, 2003)

Os oito critérios de excelência referem-se a liderança; estratégias e planos; clientes; sociedade; informações e conhecimento; pessoas; processos e resultados.

Modelados baseando-se em valores e conceitos, como:

- qualidade centrada no cliente;
- liderança;
- aprendizado contínuo;
- participação e desenvolvimento das pessoas;
- respostas rápidas;
- enfoque pró-ativo;
- visão de futuro de longo alcance;
- gestão baseada em fatos;
- desenvolvimento de parcerias;
- responsabilidade pública e cidadania;
- foco nos resultados;
- comportamento ético.

A FNPQ também representa um importante papel em estimular e participar da criação de diversas premiações setoriais, estaduais e regionais alinhadas aos critérios de excelência do PNQ.

2.2.2 ISO – Certificação

Organization for Standardization International – ISO é uma federação mundial composta por organizações de padronização nacionais que visam estabelecer requisitos mínimos para o sistema de garantia da qualidade. A primeira Norma Internacional de padronização, criada em 1947, com o objetivo de desenvolver padrões técnicos mínimos para a padronização dos processos industriais, visando a garantir a qualidade dos produtos de fornecedores. (PENA, 2000)

O sistema de garantia da Qualidade ISO baseia-se na recomendação de elementos genéricos que devem compor os sistemas da Qualidade e, por isso, espera-se que suas orientações possam ser aplicadas a todo tipo de empresa. O objetivo das normas ISO é promover a melhoria das organizações, de maneira que elas próprias e seus clientes tenham suas necessidades e expectativas atendidas.

Em 1987 foram oficializadas as normas da série ISO 9000, cujos objetivos incluíam a aceitação universal, compatibilidade atual, compatibilidade futura e flexibilidade futura. Conforme QUINTO NETO e BITTAR (2004), “as normas estabelecem um modelo para especificação, documentação e manutenção de um sistema de qualidade, sendo constituídas por um conjunto de princípios que identificam as necessidades básicas de disciplina interna da empresa e especificam os procedimentos e critérios para assegurar que o produto atenda às necessidades do consumidor”. Os autores fazem uma ressalva sobre a característica das normas em descrever quais elementos o sistema de qualidade deve englobar, mas não como implementá-los.

A série 9000 é composta por cinco normas. São elas:

- ISO 9000 – Define os critérios para utilizar a ISO 9001, 9002 e 9003;
- ISO 9001 – Requisitos necessários para garantir a qualidade em atividades relacionadas a projetos, desenvolvimento, produção e instalação;
- ISO 9002 – Requisitos necessários para garantir a qualidade em atividades relacionadas à produção e instalação – não inclui projeto e desenvolvimento;
- ISO 9003 - Requisitos necessários para garantir a qualidade em atividades relacionadas à inspeção e ensaios finais.
- ISO 9004 – Estabelece critérios para utilização dos itens das normas 9001, 9002 e 9003.

Os protocolos ISO definem uma revisão das normas a cada cinco anos. As versões até 1994 eram voltadas para o segmento industrial e destinavam-se principalmente as conformidades como um padrão, objetivando aumentar a previsibilidade do processo. A versão 2000 também contempla o setor de serviços e busca a adequação dos produtos oferecidos, tendo em vista a satisfação dos clientes. A ISO 9000, na versão 2000, também substituiria as atuais normas 9001, 9002 e 9003 em uma única, além de compatibilizá-la com a norma ISO 14.000 relacionada à gestão ambiental.

Para uma organização alcançar a certificação pela ISO deve submeter-se a uma minuciosa inspeção, feita por auditores da organização certificadora, credenciada por dirigentes da ISO para avaliar se os requisitos das normas estão sendo fielmente cumpridos. Após a certificação são realizadas avaliações periódicas para manutenção, suspensão ou cancelamento da certificação. (PENA, 2000)

Quanto à realidade brasileira vale citar WOOD JR. e TORRES (1994) que comentaram haver no país em 1993 aproximadamente uma centena de empresas certificadas pela ISO série 9000, enquanto no mundo já eram mais de vinte mil. Já QUINTO NETO e BITTAR (2004) referem-se à pesquisa de 1998 sobre empresas certificadas ISO 9000, em que 70% dos certificados emitidos foram para o setor industrial, 25% para o setor de serviços e 5% desconhecido.

2.2.3. 5S

5S é uma ferramenta amplamente utilizada para a melhoria do padrão de qualidade dentro das organizações, além de possibilitar o estabelecimento de ambiente favorável à instalação do Programa de Gerenciamento da Qualidade Total. Foi desenvolvido há décadas no Japão, graças a sua eficiência na melhoria contínua da qualidade e produtividade, até leva algumas pessoas ou empresas a utilizá-la como um substituto de um programa de qualidade total, muito embora não o seja. (MELLO e CAMARGO, 1998)

Baseia-se na mudança de comportamento pessoal e organizacional após a implementação de “bons hábitos”. O 5S provém de palavras de língua japonesa que começam com a letra “S”: Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu e Shitsuke, podendo ser traduzidas como: Sentido de Utilidade, Ordenação, Limpeza, saúde e Autodisciplina.

Espera-se com a implantação do 5S criar uma cultura organizacional em que as pessoas sintam-se motivadas a melhorar seu comportamento, tendo seu sentido de aperfeiçoamento despertado, com redução de desperdício e acidentes. Outros resultados desejados são liberação e melhor organização do espaço, racionalização do uso de

materiais e equipamentos, melhor controle de estoques e documentos, redução do ciclo de processos, crescimento da auto-estima e melhoria nos hábitos de higiene pessoal e relações intercomportamentais no trabalho. (MELLO e CAMARGO, 1998)

3. QUALIDADE EM SAÚDE

Os conceitos mais conhecidos para definir um sistema de avaliação de qualidade em saúde foram concebidos por Avedis Donabedian aproximadamente na década de 60, no último século, porém com notoriedade mundial a partir da década de 80, e daí refinados pelo autor e outros estudiosos da matéria. A qualidade é avaliada segundo conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade equivalendo às clássicas noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

A abordagem no campo da saúde define a variável “estrutura” como instalações físicas, equipamentos, instrumental normativo, recursos humanos qualificados, recursos financeiros, jurídicos, políticos necessários para desencadear o processo de produção. Dentro dessa conceituação, cabem tanto os dados numéricos, em termos de recursos disponíveis, quanto à 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.

Quanto a variável processo, esta envolveria a realização das atividades e procedimentos desenvolvidos para a produção. Processos, em si, sofrem maior ou menor padronização de acordo com o tipo de trabalho, como: consulta médica, imunização, realização de exames complementares, condutas terapêuticas como cirurgia, entre outras. Compreendem as relações desenvolvidas entre os profissionais de saúde e pacientes, das quais se obtêm os resultados da assistência.

O resultado em última instância poderia ser considerado mediante mudanças observadas no estado de saúde do paciente, as quais podem ser atribuídas à assistência médica.

Posteriormente, o autor ampliou seu modelo com base na premissa que qualidade não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação por meio das dimensões, por ele denominadas, “sete pilares da qualidade”, compreendendo: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Estas dimensões trazem em si particularidades e ao mesmo tempo são interdependentes, isto é, dimensões consideradas mais técnicas condicionam dimensões “interpessoais”, mas ao mesmo tempo dependem delas para realizar todo seu potencial. (DONABEDIAN, 1990)

NOVAES (2000) acredita existir nos textos de Donabedian uma certa desconsideração para com as condições operacionais, administrativas e de cultura organizacional. Esta autora cita que um referencial teórico importante de problematização da questão de qualidade em saúde é a gestão propriamente dita da qualidade, conhecida como Gestão da Qualidade Total em que os aspectos operacionais e organizacionais são relevantes.

O expoente da experiência pioneira em Gestão da Qualidade Total em Saúde é Donald Berwick, pediatra americano, responsável por relatar os êxitos do Plano de Demonstração Nacional - PDN (em inglês, National Demonstration Project - NDP).

O PDN, patrocinado pela “The John A Hartford Foundation”, teve início em um *workshop* em setembro de 1987 em Boston, neste encontro estavam 21 especialistas em administração de qualidade e 21 representantes de organizações de saúde americanas –

hospitais, organizações de assistência à saúde e práticas de medicina de grupo. Os especialistas em qualidade colocaram sua *expertise* a disposição das empresas de saúde que tivessem interesse em experimentar propostas de melhoria de qualidade. Representantes das empresas de saúde por sua vez eram convidados a apresentar um problema relacionado à qualidade interna e cuja solução ainda não estivesse clara. Em dois dias de *workshops* as 21 equipes, compostas por representantes da saúde e especialistas em qualidade, produziram uma declaração formal da questão a ser enfrentada, um plano de ação e um compromisso para retornar oito meses depois e apresentar os resultados. (BERWICK, 1994)

Segundo BERWICK (1994), o Programa de Demonstração Nacional da Melhoria da Qualidade de Serviços de Saúde surpreendeu pela adesão e pelos resultados alcançados em termos de treinamento de pessoal, na busca da satisfação da clientela, que passou a ser ouvida com base em pesquisas de opiniões realizadas, na capacitação gerencial para definir e resolver problemas, no alcance de metas estabelecidas, e, sobretudo, pela possibilidade de ser um caminho viável para mudança intra-organizacional necessária ao setor. Para seus responsáveis, os princípios básicos da qualidade total poderiam ser aplicados com êxito na administração hospitalar, mesmo considerando-se suas especificidades.

Berwick é hoje uma liderança no setor de saúde, empenhado em disseminar conhecimentos sobre a implementação e aplicação da Gestão da Qualidade Total. Atua na promoção e participação de eventos científicos sobre qualidade em saúde. No seu livro “Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde” apresenta, como princípios, que:

- o trabalho produtivo é realizado por meio 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.

SHORTELL (1995) fez uma revisão e análise da literatura na área de saúde referente aos programas de qualidade, no período compreendido entre 1991 e 1993, considerando quatro dimensões: cultural (crenças, valores, normas e comportamentos), técnica (treinamento para as ferramentas da qualidade), estratégica (vinculação dos programas de qualidade às estratégias globais da instituição) e estrutural (equipes destinadas à implantação dos programas de qualidade).

Em relação à dimensão cultural, Shortell comprovou que os programas de qualidade, quando associados aos aspectos comportamentais, permitem maior satisfação dos empregados e opinião favorável destes sobre a organização e o trabalho. No entanto, há pouca ênfase no consumidor e o processo decisório não contempla todos envolvidos.

Em relação à dimensão técnica, os limitantes dos programas de qualidade estão associados à inadequação dos treinamentos sobre os conceitos e métodos da qualidade, à falta de capacitação da alta administração e à incapacidade dos sistemas de informação em subsidiarem adequadamente o processo decisório.

Quanto à dimensão estratégica, os esforços de melhoria da qualidade não estão vinculados às prioridades estratégicas da organização, com pouco destaque na importância do envolvimento de equipe e chefias médicas nas aplicações dos programas de qualidade na assistência médica.

Os estudos relacionados com a dimensão estrutural ressaltam a importância de equipes multiprofissionais e de uma estrutura específica voltada para a manutenção do programa.

MCLAUGHLIN & KALUZNY (1999) em sua publicação “Quality Improvement in Health Care”, já considerado um texto de referência em gestão da melhoria da qualidade em serviços de saúde, buscam caracterizar esta melhoria contínua de qualidade ou gestão da qualidade total de saúde mediante três classes de elementos:

- Elementos filosóficos: Representados pelos elementos mínimos para garantir a existência de esforço de melhoria da qualidade. São eles: foco estratégico, foco no cliente, visão sistêmica, informação e análise, envolvimento da liderança, identificação de soluções, otimização dos processos, melhoria contínua e aprendizagem organizacional.
- Elementos estruturais: Representados por elementos normalmente associados com melhoria contínua de qualidade, mas que não a definem e vez por outra são omitidos. São eles: times de melhoria de processos, sete ferramentas da

qualidade, “comitê da qualidade”, “liderança da qualidade” (tradução da autora), análises estatísticas, medidas de satisfação do cliente, *benchmarking* e revisão de processos.

- Elementos específicos dos serviços de saúde: Representam o movimento de qualidade dos serviços de saúde, sua própria história, liderança e valores que devem ser respeitados. São citados: estudos epidemiológicos, envolvimento do *staff* médico nos processos (garantia da qualidade, comissões e auditoria médica), uso de indicadores de resultado ajustados, análise de custo-efetividade, uso de garantia de qualidade de informações e gestão de risco.

Para esses autores, os termos gestão da qualidade total e melhoria contínua da qualidade em saúde são indistintos e expressam um processo estrutural organizado para envolver pessoas no planejamento e execução de um fluxo contínuo de melhorias destinadas a suprir qualidade em saúde compatível ou acima das expectativas.

3.1. Aplicação e Gerenciamento de Programas de Qualidade na Saúde

“Artigos e livros sobre a aplicação dos conceitos de qualidade na área de saúde são relativamente recentes – começando a ser publicados basicamente a partir de 1990 – assim como a adoção de modelos pré-concebidos de gerenciamento da qualidade nas organizações de saúde. Várias são as possibilidades de combinações de modelos ou de diferentes ferramentas para a elaboração de um programa de qualidade que atenda às necessidades da organização.” (TERRA, 2000)

Alguns modelos de qualidade, já discutidos anteriormente, como prêmios nacionais de saúde e normas da série ISO 9000, vêm se destacando por sua utilização no setor da saúde. Ainda segundo TERRA (2000), normas ISO têm sido adotadas com mais frequência em serviços isolados dentro dos hospitais ou ainda em estruturas menores, como laboratórios, serviços de hemoterapia, entre outros.

Muito embora os conceitos introduzidos pelas normas ISO tenham aplicação no segmento de saúde, algumas dificuldades se destacam, entre elas a abordagem dos aspectos clínicos das organizações de saúde. Ademais, normas ISO foram delineadas segundo uma visão do processo de manufatura, cujo produto é facilmente definido e tangível, sem real equivalência na prestação de serviços de saúde.

Quanto à adoção de critérios de excelência, quando utilizados por hospitais e serviços de saúde, podem representar um modelo de gestão da qualidade aplicável à organização como um todo.

COUNTE e MEURER (2001), em artigo sobre as dificuldades relacionadas à implementação de programas de qualidade em saúde nos Estados Unidos, lamentam ainda serem poucas as organizações de saúde que se candidatam ao “Baldrige Award”. Quanto à realidade britânica, os autores definem como padrão para seleção e implementação de programas de melhoria da qualidade o “King’s Fund”, agora “UK Health Quality Service”, enquanto o padrão europeu é o “European Foundation for Quality Management (EFQM) Award”. Os autores ainda preconizam, segundo revisão da literatura da última década no século passado, a estratégia de adoção combinada da certificação ISO e implementação de programas de qualidade total.

Diante da especificidade ou mesmo singularidade do setor saúde também surgiram, tanto no cenário internacional como nacional, critérios próprios de excelência destinados a avaliar e premiar as empresas desse setor.

Em 1998, os administradores do Malcom Baldrige Award publicaram “Health Care Criteria for Performance Excellence” com critérios focados na melhoria contínua da satisfação do cliente e desempenho operacional de instituições de saúde. (BALDRIGE NATIONAL PROGRAM QUALITY, 2004) No Brasil, em 2003, por iniciativa do CQH, foi criado o PNGS – Programa Nacional de Gestão em Saúde baseado nos critérios estabelecidos pelo PNQ.

3.1.1. Conceito e Evolução Histórica da Acreditação

A acreditação, modelo de avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde bastante difundida em países de língua inglesa, antecedeu na área de saúde em muito o movimento do gerenciamento da qualidade total. Seu desenvolvimento se confunde com aquele dos serviços de saúde nos Estados Unidos, exemplo mais conhecido e divulgado desta vertente da qualidade. Justamente por ter sido desenvolvida para a saúde e dentro da sua realidade, revela de forma bastante evidente o paciente e seu universo. (SCHIESARI, 1999)

A palavra *acreditação* não consta nos dicionários de língua portuguesa, sendo utilizada na literatura técnica com o significado do termo inglês *accreditation*. Em que

pese existirem nas publicações especializadas pequenas variações na definição de tal termo. Pode se conceituar como um método de avaliação externa de serviços de saúde, periódico, de caráter voluntário e reservado, que contempla dois aspectos fundamentais: um processo educacional para estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade nas instituições de saúde e um processo de avaliação e certificação do grau de qualidade alcançado pela instituição na prestação de serviços de saúde, tomando por base padrões previamente estabelecidos (SCHIESARI, 2003; TERRA, 2000).

O processo de acreditação, em si, baseia-se em instrumentos de avaliação na forma de manuais contendo os padrões de qualidade preconizados.

Como breve uma história dos antecedentes da acreditação consta a apresentação da dissertação do Dr. Ernest A. Codman para a Sociedade Médica da Filadélfia com o título *“The end result system standardization”*, propondo um sistema de padrões para mensuração da efetividade do tratamento médico. Em 1913 é criado o Colégio Americano de Cirurgiões, e em 1919, esta organização propõe o *“Minimum Standard for Hospitals”*, estabelecendo requisitos básicos para o funcionamento e realização de procedimentos médicos. Em 1951 surge a “Joint Commission on Accreditation of Hospitals” (JCAH), organização americana não-governamental, sem fins lucrativos, destinada, como sua predecessora “The American College of Surgeons”, a estimular o desenvolvimento técnico-administrativo dos hospitais, sem ainda a preocupação da melhoria da qualidade, que posteriormente lhe foi agregada. (JOINT COMISSION, 1994; MEZOMO, 1992)

Com a ampliação do escopo de atividades, em 1987, a JCAH passou a ser denominada com “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”. (JCAHO) Em 1998 foi criado seu ramo internacional reconhecido como “Joint Commission International”.

Os padrões da JCI são voltados para resultados e melhoria contínua dos processos de cuidado ao paciente, contemplando direitos do paciente e familiares, acesso ao atendimento, avaliação de pacientes, assistência, controle de infecções, recursos humanos (desenvolvimento e qualificação de pessoal), ambiente e infra-estrutura, gerenciamento de informações, melhoria contínua e liderança. (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2002)

A discussão sobre adoção da acreditação em países da América Latina e Caribe tornou-se freqüente a partir de 1989, quando houve a primeira reunião coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde. Em 1991 foi alcançada a primeira versão do Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe. Diversos países, entre eles o Brasil, desenvolveram seus próprios programas de acreditação hospitalar baseados no modelo inicial proposto pela OPAS. (QUINTO NETO e BITTAR, 2004; SCHIESARI, 2003)

3.1.2. Algumas experiências de programas de acreditação no Brasil

Ainda hoje, no cenário brasileiro, não se observa um consenso quanto ao modelo de acreditação a ser adotado, embora tenha acontecido na última década extensa discussão em torno do tema, com a participação de vários representantes de organismos públicos e privados preocupados com a qualidade em saúde. De um modo geral a atuação dos vários grupos tem estimulado a participação de diferentes hospitais e promovido a auto avaliação, sendo o conhecimento dos padrões preconizados nos vários manuais um instrumento de gestão pela melhoria da qualidade.

3.1.2.1. CQH

O Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar do Estado de São Paulo – CQH iniciou um projeto piloto em julho de 1991, inspirado no modelo da *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations*, com adesão voluntária de aproximadamente 200 hospitais.

A história e modelo de atuação do CQH serão discutidos no próximo capítulo em maiores detalhes. Nesse momento apenas uma ressalva deve ser feita, segundo SCHIESARI (1999), o CQH “não considera seu trabalho como *acreditação*, apesar da metodologia empregada ser muito semelhante e o instrumento de avaliação seguir exatamente o modelo de acreditação”. Este raciocínio permanece até os dias de hoje, existindo uma preocupação da liderança desse programa em caracterizar seu modelo de avaliação como a outorga de um “selo”.

3.1.2.2. PACQS / CBA

O Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde (PACQS) surgiu em 1994 com a participação da Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG). Em 1997, o PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) com o ingresso da Fundação Cesgranrio.

A união dessas instituições teve por finalidade possibilitar, na área da saúde, o desenvolvimento de avaliações e ações de aprimoramento da Qualidade. Ao mesmo tempo visou assegurar: a participação das entidades que representam os prestadores de serviços; os financiadores do atendimento à saúde; os representantes dos usuários; da comunidade; dos profissionais da saúde e instituições técnico-científicas ligadas à área.

Até 2002, o CBA representava um dos modelos brasileiros de acreditação hospitalar e utilizava manual próprio como instrumento de avaliação. (CBA, 1999) Desde 2003, este organismo adotou o manual do Joint Commission International, tornando-se em 2004 responsável pelas auditorias no papel de representante da JCI.

3.1.2.3. ONA

Em 1999, a Organização Nacional de Acreditação – ONA, órgão acreditador das instituições acreditadoras, foi constituída juridicamente. A ONA atua por meio de entidades credenciadas para treinar acreditadores, desenvolver estratégias de avaliação e melhorias, proceder ao processo de acreditação de hospitais no país. (QUINTO NETO & BITTAR, 2004; SCHIESARI, 2003)

Em sua composição, conta com importantes representantes do setor de saúde, as chamadas “entidades fundadoras da ONA” – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), União Nacional das Entidades de Autogestão em Saúde (UNIDAS). Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) e a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED do Brasil), além de representantes do Ministério da Saúde. (SCHIESARI, 2003)

O presente instrumento utilizado pela ONA para avaliação dos hospitais é o Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares que define padrões de qualidade para 43 setores de um hospital, segmentado em sete grandes áreas. Os padrões são estruturados em três níveis, segundo o modelo de avaliação por estrutura, processo e resultado. Para nortear a acreditação são

utilizados padrões prévios, para cada um dos três níveis de avaliação, que possam refletir a qualidade do serviço prestado. (ONA, 2003)

Até maio de 2004 existiam 33 serviços hospitalares acreditados no Brasil.
(ONA,2004)

4. PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR – CQH

4.1. Histórico

No Brasil, o CQH tornou-se o primeiro programa destinado à avaliação clássica dos hospitais. Foi construído conforme o modelo estrutura-processo-resultado, com inspiração nos critérios de avaliação da *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations*, e implementado como um programa de adesão voluntária, simples, descentralizado e baseado na autofiscalização. (CASTELAR E COLS, 1995)

O Programa CQH resultou da articulação de diversas entidades, com coordenação inicial do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Associação Paulista de Medicina junto com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo como patrocinadores. Essas entidades patrocinadoras designaram um núcleo executivo, também conhecido como núcleo técnico, para responder pela operacionalização do programa.

O Programa do CQH tem como premissa que a finalidade da avaliação é contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria dos hospitais, abrindo perspectivas modernizantes, entre as quais a Qualidade, a racionalidade e a eficiência constituam os objetivos máximos pretendidos. Apresenta como missão “...contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica”. (BURMESTER, 2003)

Suas atividades se iniciaram em julho de 1991, após projeto piloto em abril desse ano. Esse Programa de Qualidade desenhou uma série de normas e procedimentos, com os quais se pretende contribuir para o apoio e desenvolvimento de ações, que visem à melhoria contínua da Qualidade.

São objetivos específicos deste programa:

- estimular o comprometimento da alta direção dos hospitais com a busca da melhoria contínua da Qualidade;
- sensibilizar os trabalhadores de saúde para a necessidade de mudança cultural, no sentido de incorporar ações de melhoria contínua da Qualidade do atendimento;
- estimular o pessoal das instituições de saúde a participar de palestras, cursos e reuniões sobre temas referentes à Qualidade Hospitalar;
- estimular a formação de equipes multiprofissionais para controle de Qualidade nos hospitais, voltadas para a auto-avaliação.

4.2. Indicadores e *Benchmarking*

Em complemento ao programa de avaliação dos Hospitais, o CQH promove um programa voluntário de *benchmarking*¹ de indicadores, com a participação de cerca de

¹ Mello & Camargo, em 1998, definiram *benchmarking* em serviços de saúde como um dos métodos utilizados na busca pela qualidade e aperfeiçoamento contínuo das organizações. Tem como objetivo realizar comparações entre referências (*benchmarks*) de processos, práticas ou medidas de desempenho (satisfação do cliente, motivação dos empregados, resultados da empresa etc) entre organizações para levá-las a níveis de superioridade e vantagem competitiva.

125 hospitais. Estes hospitais preenchem e enviam trimestralmente para o núcleo técnico do CQH um relatório padronizado de indicadores de desempenho hospitalar.

Trimestralmente o CQH analisa esses relatórios e apresenta como resultado curvas de distribuição normal de cada indicador, acompanhado da respectiva tendência central da amostra expressa pela medianas do conjunto total de participantes e mediana exclusivamente dos Hospitais Selados. Estes Hospitais serão descritos em maiores detalhes no próximo tópico.

O CQH também fornece, junto com a análise dos resultados, um relatório dos participantes, com confidencialidade respeitada por intermédio de números de matrícula,. Neste relatório consta localização, natureza jurídica e tipo de especialização. Essa relação destina-se a suprir a necessidade de estratificar o perfil dos hospitais participantes.

A caracterização dos hospitais, segundo porte e perfil de atendimento, permite conhecer a composição da amostra dos participantes, mas a ausência de estratificação, além da usual separação dos hospitais psiquiátricos, pode levar à errônea comparação de medidas relacionadas a diferentes processos e resultados.

Quando esse programa teve início eram coletados 10 indicadores que poderiam ser classificados, segundo a literatura, em indicadores de produtividade e qualidade. (BITTAR, 1996; CASTELAR E COLS, 1995) Alguns indicadores foram acrescentados ao longo dos anos, e em 2003 já eram coletados mais de 30 parâmetros, abaixo relacionados, segundo classificação proposta pela pesquisadora a partir de revisão literária.

Indicadores de Produtividade

- Taxa de ocupação hospitalar
- Tempo médio de permanência geral e por clínicas
- Índice de rotatividade (leito)
- Índice de intervalo de substituição
- Relação enfermeiro-leito
- Relação enfermagem-leito
- Relação pessoal-leito

Indicadores de Qualidade (estrutura-processo-resultado)

- Taxa de mortalidade institucional
- Taxa de mortalidade operatória
- Taxa de reinternação não-programada
- Taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação
- Taxa de cesáreas
- Taxa de cesáreas em primíparas
- Taxa de Apgar – 1.º minuto
- Taxa de Apgar – 5.º minuto
- Taxa de cirurgias suspensas por fatores extrapacientes
- Índice de exames laboratoriais por saída hospitalar
- Índice de exames diagnósticos por imagem por saída hospitalar
- Taxa de infecção hospitalar geral e por clínica
- Infecção hospitalar por feridas cirúrgicas

- Infecção hospitalar por tipo de localização topográfica
- Principais agentes microbianos identificados
- Taxa de infecção hospitalar geral e por clínica
- Infecção hospitalar por feridas cirúrgicas
- Infecção hospitalar por tipo de localização topográfica
- Principais agentes microbianos identificados

Indicadores de Recursos Humanos

- Percentual de médicos com título de especialista
- Taxa de absenteísmo
- Taxa de rotatividade de recursos humanos
- Taxa de acidente de trabalho
- Índice de treinamento

Indicadores Financeiros

- Custo por quilo de roupa lavada
- Custo da refeição servida ao paciente

ESCRIVÃO (2004), em estudo sobre uso de indicadores na gestão hospitalar, cita o “Grupo de Iniciativa Regional para *la Reforma del Sector Salud em America Latina y Caribe*” por sua proposta de consenso agrupando os indicadores em cinco dimensões chaves: acesso, equidade, qualidade, eficiência e sustentabilidade.

O acesso poderia ser compreendido como acesso físico e acesso econômico; em relação à equidade, os indicadores mediriam o grau de distribuição dos recursos e utilização de serviços de saúde.

Indicadores de eficiência arrolariam os chamados indicadores de produtividade, cuja mensuração costuma ser mais fácil, tais como número de horas trabalhadas, número de consultas por médico ou número de exames realizados por determinado profissional. Ainda entre os indicadores de eficiência estariam incluídos os chamados indicadores econômicos ou financeiros, baseados na produção de um determinado serviço pelo menor custo. Quanto à dimensão sustentabilidade, esta significaria a capacidade de “permanecer no mercado”.

Deixando por último a dimensão da qualidade, esta englobaria por meio do modelo de avaliação estrutura-processo-resultado, tradicionalmente reconhecido no campo da saúde, os *indicadores estruturais* ou como estão estruturados os insumos e recursos humanos; *indicadores de processo* ou como as atividades meio e fim estão sendo executadas, segundo as normas técnicas correspondentes e os *indicadores de resultados* destinados a avaliar a efetividade do cuidado de saúde. Alguns autores consideram a satisfação do cliente como um indicador de resultado, mas no presente estudo, indicadores derivados da satisfação do cliente foram trabalhados como uma dimensão a ser superposta sobre as demais classificações apresentadas.

Embora o CQH ainda não apresente uma estrutura de classificação desses indicadores, é possível depreender o esforço do CQH em comparar o desempenho de sistemas de saúde, por intermédio de indicadores de eficiência compreendidos como indicadores de produtividade, financeiros e recursos humanos aliados aos indicadores

qualidade – basicamente processos e resultados - visando à identificação das melhores práticas de desempenho.

4.3. Concessão do Selo – “Acreditação”

O Programa de Avaliação Externa da Qualidade do CQH, daqui a diante denominado como Selo de Conformidade, **para ser implementado tem como requisito inicial à participação no programa de indicadores por prazo mínimo de um ano**, inclusive com o envio da avaliação do usuário e roteiro de auto-avaliação.

Também exige a comprovação da existência de Comissões atuantes por prazo não inferior a dois anos, sendo considerados obrigatórios as Comissões de Qualidade, Ética Médica, Prontuários do Paciente, Revisão de Óbitos, Farmácia e Terapêutica, CCIH, Prevenção de Acidentes do Trabalho e Brigada de Incêndio.

Esses pré-requisitos destinam-se a uma estratégia de implementação do Programa de Melhoria de Qualidade mediante verificação e análise das condições da estrutura hospitalar, a capacitação profissional e técnica, os processos, os resultados do atendimento, as opiniões dos consumidores e prestadores de serviços. (CQH, 1994)

O Selo de Conformidade do CQH segue as mesmas metodologias de avaliação utilizadas por prêmios de qualidade e inspiradas nos critérios de excelência da JCAHO. A avaliação dos Hospitais é realizada segundo um formulário denominado “Roteiro de Visitas do CQH”, baseado em oito critérios: *Perfil do Hospital, Liderança, Estratégia e*

Planos, Cliente e Sociedade, Informações e Conhecimento, Gestão de Pessoas, Gestão de Processos e Resultados.

Com exceção de *Resultados*, todos os critérios são subdivididos em enfoque, aplicação e aprendizado. Os itens de enfoque são mais conceituais e introduzem os temas para verificação em detalhes pontuais no grupo de itens de aplicação. Nos itens de aprendizado, procura-se identificar como o hospital controla suas práticas de gestão e se os padrões de trabalho estão sendo alcançados.

O Manual contempla vinte e sete itens para avaliação conferindo uma pontuação máxima de 100 pontos. (BURMESTER, 2003)

A concessão do selo acontece após a primeira visita de avaliação em que o Hospital candidato deve ter cumprido um mínimo de 51 pontos do total ponderado, sem existir zero em nenhum dos 27 itens. A validação do selo acontece dois anos após a primeira visita, quando o Hospital deve estar apto a cumprir, pelo menos, um ponto a mais no total ponderado dos itens cumpridos na visita anterior, não podendo diminuir o valor alcançado em nenhum dos critérios da visita anterior.

Em caso de não-cumprimento dos itens obrigatórios ou redução do total ponderado anterior, o hospital tem uma carência de seis meses para adequar-se e receber nova visita. Se nesta visita ainda forem mantidas as não conformidades ocorrerá à perda do Selo. (BURMESTER, 2003)

O CQH em seu Manual também elenca estratégias para implementação do Programa de Qualidade Hospitalar:

- desenvolvimento de estudos e modelos de administração em saúde nas unidades médico-hospitalares, em decorrência da participação no CQH;

- incentivo à formação de equipes, com representantes do corpo clínico, de enfermagem, administração e de outros profissionais e serviços para o desenvolvimento de um programa de melhoria, que envolva a cooperação de todos na busca da Qualidade;
- aperfeiçoamento dos atuais indicadores, padrões e parâmetros de avaliação;
- desenvolvimento e aprimoramento do método de participação do usuário no sistema de prestação de serviços;
- divulgação do CQH para outros hospitais.

Até final de 2003, 13 Hospitais já haviam recebido o Selo de Conformidade, a saber:

Hospital e Maternidade Brasil (Santo André)
 Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (São Paulo)
 Hospital e Maternidade Alvorada - Santo Amaro (São Paulo)
 Hospital do Sepaco (São Paulo)
 Hospital e Maternidade Alvorada - Moema (São Paulo)
 Hospital Santa Catarina (São Paulo)
 Hospital e Maternidade Doutor Christóvão da Gama (Santo André)
 Hospital de Clínicas Dr. Paulo Sacramento (Jundiaí)
 Sociedade Beneficente Centro Médico Campinas (Campinas)
 Hospital e Maternidade São Luiz (São Paulo)
 Sociedade Brasileira e Japonesa Beneficente Santa Cruz (São Paulo)
 Hospital de Aeronáutica de São Paulo
 Hospital Santa Luzia (Brasília - DF)

Em início de 2004, o Hospital Unimed de Limeira passou a fazer parte dos Hospitais Selados pelo CQH.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Avaliar e descrever atividades de melhoria da qualidade em Hospitais com Selo do Programa de Controle da Qualidade Hospitalar – CQH.

5.2. Objetivos Específicos

Caracterizar as instituições hospitalares em estudo, segundo perfil de atendimento, complexidade de serviços e estruturação da administração hospitalar.

Identificar e caracterizar as atividades desenvolvidas por Unidade ou Programa de Melhoria da Qualidade desenvolvido pelos Hospitais analisados.

6. METODOLOGIA

6.1. Considerações Metodológicas

Na pesquisa científica, a escolha da metodologia depende basicamente da natureza do problema a ser estudado e dos objetivos que orientam a investigação. No presente estudo, que traz no seu cerne um forte cunho descritivo, sem intervenção do investigador sobre a situação, destinado a conhecer os fenômenos tal como surgem, caracteriza uma investigação de natureza qualitativa. (MINAYO & SANCHES, 1993)

De acordo com este conceito, o estudo de caso, bastante utilizado na pesquisa qualitativa de serviços de saúde nos últimos anos, surge como a melhor opção de estratégia investigativa. Já definido por YIN (2001) como “uma forma de pesquisa empírica que investiga um fenômeno atual inserido em um contexto de vida real, cujos limites entre fenômeno e contexto não são claramente definidos, e na qual múltiplas fontes de evidências são atualizadas”. Este tipo de estudo tem como propósito fundamental analisar uma dada unidade social, escolhida em função do problema ou questão a investigar. Como a realidade é sempre complexa, é necessário situar o contexto em que o fenômeno ocorre e as várias dimensões presentes na situação estudada.

A análise intensiva de uma situação fornece conhecimentos sobre percepções, opiniões e atitudes dos indivíduos participantes de um processo e possibilita a identificação de relações que não poderiam ser encontradas por outros meios. (CAMPOMAR, 1991)

Segundo KISIL (2003) um estudo de caso pode com vantagem apoiar-se em orientação teórica bem definida, por meio das perspectivas interpretativa e pragmática. A primeira procura compreender o ponto de vista dos participantes e a segunda tem como intenção fundamental proporcionar uma visão global de forma coerente e sistematizada do objeto de estudo, conforme visão do investigador.

6.2. Pesquisa Bibliográfica

MINAYO (1989) recomenda como atividade inicial de pesquisa, proceder ao trabalho de pesquisa bibliográfica, cuja finalidade é delinear o objeto do estudo.

Com base nesta visão pesquisou-se nos bancos de dados bibliográficos Sciello, Lilacs e Medline, buscando construir uma linha de pesquisa alicerçada em referenciais teóricos sobre qualidade, qualidade em saúde e mais especificamente conceitos e história dos programas de qualidade em saúde com ênfase na realidade brasileira.

6.3. Construção do Instrumento de Pesquisa

Para sistematizar a pesquisa de campo em busca de cenários de melhoria da qualidade, optou-se por utilizar questionário (ANEXO I), já desenvolvido para linha de pesquisa nacional, financiada pelo Banco Mundial com organização pela Faculdade de Saúde Pública, tendo como responsável o Professor Titular Marcos Kisil.

Nesse questionário foram realizadas pequenas modificações para buscar respostas específicas, envolvendo o Programa de Melhoria Contínua da Qualidade - CQH.

O questionário, em questão, foi organizado em seis seções, a saber:

- I Identificação;
- II Caracterização do Estabelecimento Hospitalar;
- III Caracterização da Administração Hospitalar;
- IV Caracterização do Programa de Melhoria da Qualidade Hospitalar;
- V Levantamento de Informações sobre o Programa de Melhoria da Qualidade;
- VI Caracterização da Gerência de Qualidade de Programas de Melhoria da Qualidade.

As seções V e VI foram subdivididas segundo as categorias do Balbrige Award.

Os tópicos são:

- 1. Liderança e Administração;
- 2. Serviços Profissionais e Organização da Assistência;
- 3. Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente;
- 4. Serviços de Apoio Diagnóstico;
- 5. Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento;
- 6. Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura;
- 7. Ensino e Pesquisa

6.4. Exploração do Campo

Ainda citando Minayo, 1989, “a exploração de campo contempla as seguintes atividades: (a) escolha do espaço da pesquisa, (b) escolha do grupo de pesquisa, (c) estabelecimento dos critérios de amostragem, (d) estabelecimento estratégia da entrada em campo”.

No caso específico deste estudo, as três primeiras atividades estavam previamente delimitadas na própria escolha do objeto da pesquisa. Inicialmente foram previstas entrevistas com os gestores da qualidade dos treze Hospitais que receberam o selo do CQH até o término de 2003.

Com a amostra definida, optou-se por uma estratégia da entrada em campo com base em trabalho cooperativo com o Núcleo Técnico do CQH. Buscou-se o apoio da equipe do CQH, por intermédio da apresentação do questionário de entrevista e exposição dos objetivos do estudo.

Diante da anuência, foi efetuado um primeiro contato pelo próprio Núcleo Técnico do CQH com os interlocutores do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar e solicitada autorização para encaminhar seus nomes para a investigadora desta pesquisa, visando um contato para agendar uma entrevista.

Obtida a relação de nomes e endereços fornecidos pelos CQH, os gestores da qualidade foram efetivamente contatados via telefone e *e-mail* para solicitar uma entrevista.

Foi possível realizar nove agendamentos, devendo-se as quatro exclusões a uma recusa do gestor em fornecer a entrevista, sendo a negativa formalizada em contato

peçoal da investigadora com o responsável pelo respectivo Programa de Qualidade. Duas outras exclusões ocorreram em função das dificuldades do gestor em agendar um horário no período de execução da pesquisa, entre dezembro de 2003 e março de 2004, e finalmente no último Hospital, onde o interlocutor do programa não era o responsável pela área de qualidade e em decorrência do término do prazo da pesquisa, optou-se por excluí-lo deste estudo.

Dessas exclusões, a pesquisadora intui que o tempo estimado para a realização da entrevista, aproximadamente 120 minutos, em muito contribuiu para as dificuldades de agendamento observadas durante o processo da investigação.

6.5. Trabalho de Campo

6.5.1. Entrevista

Neste estudo de caso optou-se pela utilização da técnica de entrevista semi-estruturada, tanto com perguntas abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o assunto da pesquisa, quanto com perguntas fechadas de caráter opinativo. Os questionários foram enviados antecipadamente, usualmente por *e-mail*, para o entrevistado analisar seu conteúdo e preparar-se para a entrevista, inclusive para coletar previamente dados estatísticos relacionados a perguntas de caráter objetivo.

No início de cada entrevista, assinava-se o Termo de Consentimento, constando previamente à assinatura do Doutor Haino Burmester, representando o Núcleo Técnico do CQH, e assinaturas da investigadora e do orientador Professor Titular Marcos Kisil.

Nesse momento era reafirmada verbalmente a confidencialidade das informações levantadas.

Antes de iniciarem as perguntas do questionário, o entrevistado era informado sobre o objetivo geral da pesquisa em andamento e, portanto, do interesse da investigadora em levantar atividades de busca da melhoria contínua da qualidade em Hospitais já acreditados pelo CQH, baseando-se na premissa de que os Hospitais que apresentam o selo do CQH, por si, possuem um padrão de qualidade confirmado pela manutenção do citado selo.

6.5.2. Entrevistados

Nos nove Hospitais pesquisados, a partir de agora designados como A, B, C, D, E, F, G, H e I, procurou-se realizar a entrevista com o responsável pela área ou programa de qualidade caracterizados por (a) Cargo ou Função no Hospital, (b) Formação Profissional, (c) Tempo na Instituição e (d) Tempo na Área da Qualidade.

O Cargo ou Função no Hospital possibilitou situar organizacionalmente a área ou programa de qualidade nos Hospitais investigados. Já a formação profissional, tempo na Instituição e tempo na área da qualidade permitiram desenhar um perfil do profissional envolvido formalmente com programas de qualidade hospitalar.

O registro do tempo na área de qualidade garantiu o reconhecimento de experiências profissionais anteriores em programas de qualidade, antes do ingresso na Instituição em estudo.

Na próxima página uma tabela contendo as variáveis, acima descritas, segundo os hospitais pesquisados.

Tabela I - Caracterização da amostra segundo cargo ou função, formação profissional, tempo de atuação na Instituição e em Programas de Qualidade – Hospitais em Estudo - 2004

Hospital	Cargo ou Função	Formação Profissional	Tempo na Instituição (anos)	Tempo na Área de Qualidade (anos)
A	Superintendente Médico	Médico	2,5	7
B	Assessor de Qualidade	Administrador	10	7
C	Diretor Técnico	Médico	1	12
D	Diretor Clínico	Médico	5	15
E	Gerente da Qualidade	Administrador de Empresas	15	12
F	Gerente da Qualidade	Médico e Especialização em Administração Hospitalar	1,5	6,5
G	Gerente Desenvolvimento Recursos Humanos	Administrador Hospitalar e Especialização em Gestão de Recursos Humanos	18	1,5
H	Diretor Administrativo-Financeiro	Administrador Hospitalar	2	8
I	Diretor de Enfermagem	Enfermeiro	15	13

Fonte: Pesquisa de campo – Dez 2003 a Mar 2004

Durante o estudo optou-se por efetuar uma única entrevista por Hospital, embora não tenha sido limitado o número de participantes durante a realização da mesma. Esta menção merece destaque, pois, no Hospital H foi realizada entrevista com quatro representantes atuantes na Comissão de Qualidade da Instituição, inclusive com o seu coordenador na figura do Diretor Administrativo Financeiro.

Nesse Hospital também aconteceu uma estratégia de entrada diferente dos demais: além dos contatos via telefone e *e-mail*, a investigadora - por solicitação da própria Instituição - compareceu duas semanas antes da entrevista para apresentar-se, levando o questionário. Nesta primeira visita foi assinado o Termo de Consentimento.

Tais variações na estratégia de entrada e no ato da entrevista foram bem sucedidas. A pesquisadora pode observar que a equipe da qualidade do Hospital H se reuniu durante o intervalo entre as duas visitas, para analisar o questionário a fim de preparar-se para a entrevista. Tal experiência demonstrou que o questionário pode apresentar uma finalidade secundária como instrumento padronizado de diálogo da equipe.

A definição por uma única entrevista foi fruto da experiência, respectivamente no Hospital A, quando se optou por deixar para um segundo contato o preenchimento da Seção V – “Levantamento de Informações sobre o Programa de Melhoria da Qualidade”, porém antes do agendamento da segunda visita, ocorreu o desligamento do entrevistado da Instituição. Esta intercorrência mostrou ser fundamental limitar a entrevista em um único encontro.

6.6. Análise dos Resultados

Os resultados das seções I a V foram apresentados agrupados diante do caráter objetivo das respostas. A seção VI foi apresentada em separado por representar a visão subjetiva dos entrevistados.

A organização dos dados quantitativos foi realizada por meio da elaboração de tabelas. Quanto aos dados qualitativos, gerados por respostas discursivas dos entrevistados, foram organizados segundo similaridade com o intuito de desenhar um cenário em que as principais idéias dos entrevistados estivessem representadas.

Para a seção VI do questionário com perguntas fechadas e quatro possibilidades de resposta, subdividida segundo os critérios de excelência do Prêmio Malcom Baldrige, optou-se por análise e apresentação dos resultados organizada segundo esses mesmos critérios.

No início de cada tópico era apresentada uma afirmação balizadora sobre a subdivisão para orientar a resposta do entrevistado, podendo este escolher em responder: não, parcialmente (pouco), consideravelmente e completamente.

Para análise das respostas opinativas optou-se por estabelecer pontuação de zero a três, respectivamente da negativa (não) sem contagem de ponto até completamente totalizando três pontos. Os respectivos resultados foram apresentados em formato de tabela. (Anexo IV)

7. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para a busca de uma perspectiva global dos processos de melhoria da qualidade, construída mediante o ponto de vista de nove diferentes Hospitais, optou-se por apresentar alguns dados quantitativos em forma de tabelas para permitir comparações dentro da amostra estudada.

Tabela II – Distribuição da Natureza Jurídica, Natureza Social e Tipo de Clientela dos Hospitais em Estudo – 2004.

Hospital	Natureza Jurídica	Natureza Social	Principais Fontes Pagadoras
A	Privado sem Finalidade Lucrativa	Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal; Entidade Filantrópica	Medicina de Grupo, Seguradoras, Cooperativas, Autogestão e SUS
B	Privado com Finalidade Lucrativa	Sem Titulação	Operadoras de Saúde e Particulares
C	Privado com Finalidade Lucrativa	Sem Titulação	Operadoras de Saúde com Predomínio da Medicina de Grupo Medial
D	Privado com Finalidade Lucrativa	Sem Titulação	Operadoras de Saúde com Predomínio da Medicina de Grupo Medial
E	Privado com Finalidade Lucrativa	Utilidade Pública Estadual	Operadoras de Saúde e Particulares
F	Privado sem Finalidade Lucrativa	Entidade Filantrópica	Operadoras de Saúde, incluindo Medicina de Grupo da própria sociedade mantenedora, e SUS
G	Privado sem Finalidade Lucrativa	Entidade Filantrópica	Operadoras de Saúde e Particulares
H	Privado com Finalidade Lucrativa	Sem Titulação	Operadoras de Saúde e Particulares
I	Privado sem Finalidade Lucrativa	Entidade Filantrópica	Cooperativa Unimed

Fonte: Pesquisa de Campo – Dez/03 a Mar/04

Tabela III – Atividades de Ensino Desenvolvidas nos Hospitais em Estudo - 2004

Hospital	Atividades de Ensino
A	Hospital Não-Universitário - Oferece campo de estágio para estudantes universitários
B	Programa de Aperfeiçoamento Profissional Não-Médico
C	Programa de Residência Médica e Programa de Aperfeiçoamento Não-Médico
D	Programa de Residência Médica e Programa de Aperfeiçoamento Não-Médico
E	Programa de Aperfeiçoamento Profissional Não-Médico
F	Hospital Não-Universitário - Oferece campo de estágio para estudantes universitários e Programa de Aperfeiçoamento Profissional Não Médico
G	Programa de Aperfeiçoamento Profissional Não-Médico
H	Hospital Não-Universitário - Oferece campo de estágio para estudantes universitários
I	Programa de Residência Médica e Programa de Aperfeiçoamento Não-Médico

Fonte: Pesquisa de Campo – Dez/03 a Mar/04

Quanto à caracterização dos Hospitais e perfil dos administradores do programa, foi possível identificar na amostra de Hospitais Privados Não-Universitários entrevistados com um perfil bastante diverso em relação à formação universitária dessas lideranças.

Atividades relacionadas com gestão da qualidade em saúde parecem surgir secundariamente como decorrência das atividades já exercidas dentro da organização de saúde.

Dos entrevistados, apenas o gestor da qualidade do Hospital G relatou experiência inferior a seis anos em programas de avaliação da qualidade, embora atuasse nessa Instituição há mais de 18 anos.

Para caracterizar a complexidade dos serviços prestados por esses Hospitais, utilizou-se a classificação sugerida pela Portaria MS 2.224 (Anexo II) para estabelecimentos do SUS, em que, além do número de leitos, é estabelecida uma relação da existência e complexidade de procedimentos realizados, perfil assistencial e capacidade de produção. A análise do conjunto de tais características visa a identificar semelhanças entre instituições hospitalares para organizá-las em acordo com a complexidade de sua gestão.

A classificação, em si, baseia-se em um sistema de pontuação para agrupar as organizações hospitalares em quatro portes distintos, respectivamente o total de um a cinco pontos caracteriza organizações de Porte I, de seis a doze pontos caracteriza Porte II, de treze a dezenove pontos caracteriza Porte III e de vinte a vinte sete pontos caracteriza Porte IV.

A aplicação deste instrumento mostrou-se particularmente difícil para categorizar o tipo de Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Urgência/Emergência. Os principais motivos poderiam ser o extenso número de critérios para serem respondidos, conforme pode ser verificado pela leitura das demais Portarias do Ministério da Saúde, utilizadas como referência à elaboração da Portaria 2.224, e também pelo fato dos Hospitais Privados não estarem familiarizados com a matéria. (Anexo II)

Tabela IV– Classificação de Porte nos Hospitais em Estudo Segundo Portaria N° 2.224/GM de 05 dez 2002 - 2004

Hospital	Itens de Avaliação							Total de Pontos
	N.º Leitos	N.º Leitos de UTI	Tipo de UTI	Nº Serviços de Alta Complexidade	Urgência / Emergência	Gestação de Alto Risco	N.º Salas Cirúrgica	
A	150 a 299	10 a 29	Tipo II	4 ou mais	Referência I ou II	II	Acima de 8	22
B	150 a 299	30 ou mais	Tipo II	4 ou mais	Referência I ou II	-	Acima de 8	20
C	150 a 299	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência I ou II	-	Acima de 8	22
D	150 a 299	10 a 29	Tipo II	4 ou mais	Referência I ou II	II	Entre 5 e 7	21
E	150 a 299	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência I ou II	II	Acima de 8	24
F	150 a 299	30 ou mais	Tipo II	4 ou mais	Referência I ou II	-	Acima de 8	20
G	150 a 299	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Pronto Atendimento	II	Acima de 8	23
H	150 a 299	30 ou mais	Tipo II	2	Referência I ou II	-	Acima de 8	18
I	50 a 149	10 a 29	Tipo II	4 ou mais	Pronto Atendimento	-	Acima de 8	16

Fonte: Pesquisa de campo – Dez/03 a Mar/04

Na **Tabela IV** identifica-se um predomínio de sete Hospitais classificados como Porte IV e dois, especificamente os Hospitais H e I, como Porte III.

Por esta classificação, a amostra estudada foi caracterizada como Hospitais com estrutura e capacidade de produção voltada para o atendimento de maior complexidade, permitindo inferir que a gestão de serviços dessa natureza esteja associada à busca por padrões de qualidade superiores, os quais poderiam ser alcançados por meio da participação em programas de melhoria de qualidade.

Tabela V – Distribuição dos recursos humanos médicos segundo tipo de vínculo profissional – Hospitais Em Estudo – Dez/2003 a Fev/2004

Hospital	Médicos Contratados (CLT, Cooperativa, Autônomo)	Médicos Cadastrados (Corpo Aberto)
A	185	700
B	300	200
C	320	1.200
D	320	380
E	4	7.000
F	46	1.782
G	16	4.000
H	2	300
I	-	399

Fonte: Pesquisa de campo – Dez/03 a Mar/04

São todos Hospitais com corpo clínico aberto, e excluindo o Hospital I, relataram a contratação de médicos por regime CLT ou pessoa jurídica, para atuação em atividades como medicina ocupacional, apoio diagnóstico, medicina intensivista e urgência/emergência.

Tabela VI – Distribuição dos recursos humanos em enfermagem segundo cargo – Hospitais Em Estudo – Dez/2003 a Fev/2004

Recursos Humanos - Enfermagem	Hospital								
	A*	B*	C	D	E	F	G	H	I
Enfermeiros (incluindo supervisores e gerentes)	-	-	93	57	142	69	110	41	45
Técnicos de Enfermagem	-	-	40	9	108	91	30	33	126
Auxiliares de Enfermagem	-	-	398	289	565	204	453	212	105
Outros Profissionais de Enfermagem	-	-	4	11	-	-	-	1	1
Total	-	-	535	366	815	364	593	287	277

* Dados não disponíveis

Fonte: Pesquisa de campo – Dez/03 a Mar/04

Os Hospitais C, G e E, Porte IV , respectivamente as maiores pontuações nos itens da avaliação da classificação de porte, também apresentam os maiores quadros profissionais de enfermeiros e enfermagem. Coerentemente, os Hospitais H e I, com Porte III, possuem os menores quadros em enfermagem.

7.1. Liderança

7.1.1. Conselho Administrativo

Dentre os hospitais estudados observaram-se semelhanças na composição do Conselho Administrativo, com número de componentes variando entre 5 e 15 representantes.

Os critérios para a composição do Conselho originam-se na criação da Instituição e podem ser agregados em três categorias:

- Eleição dos componentes considerando o quadro de representantes da Sociedade, Sindicato ou Fundação Mantenedora;
- Eleição ou corpo fixo dentro do quadro de acionistas;
- Membros permanentes compostos por Fundadores/Mantenedores ou seus representantes e profissionais contratados pertencentes ao *staff* executivo.

7.1.2. Administração Geral

A estrutura de uma organização pode ser definida como o resultado de um processo pelo qual a autoridade é distribuída às atividades, desde os níveis mais baixos até a alta administração, são especificadas e um sistema de comunicação é delineado permitindo que as pessoas realizem as atividades com autoridade que lhes compete para o atingimento dos objetivos organizacionais. (VASCONCELLOS & HEMSLEY, 2000).

Durante a pesquisa foi possível identificar as principais unidades de comando dentro do Hospital e reconhecer um padrão de estrutura organizacional tradicional funcional. Os Hospitais avaliados caracterizaram-se por possuir um nível estratégico denominado pela maioria como Diretoria, respondendo diretamente ao *Board* ou Conselho Administrativo e um nível tático-operacional compreendido tanto pelas Gerências, como Coordenações/Supervisões e/ou Chefias.

Apenas o Hospital F mencionou fazer uso de estrutura organizacional matricial, porém o organograma em vigor demonstrava uma estrutura tradicional e departamentalizada, similar aos demais Hospitais pesquisados.

Para caracterizar o papel dos dirigentes nas Instituições em estudo, buscou-se analisar critérios de contratação e descrições de cargo do *staff* executivo e gerencial.

Mediante o pensamento individual dos entrevistados foi possível identificar uma tendência relacionada à revisão da gestão de recursos humanos. Tal argumento fundamenta-se na menção dos Hospitais A e B sobre contratação de consultorias para remodelar as descrições de cargo e perfil de competências do gestor. Respostas dos entrevistados C e D também apontaram trabalhos internos recentes na área de Recursos Humanos, privilegiando igualmente o perfil de competências como critério de escolha para cargos. Em consonância com outros Hospitais do estudo, o Hospital G empenhava-se no momento da pesquisa em rever processos de gestão de recursos humanos.

Os Hospitais E e F citaram como critério de contratação para cargos de *staff* executivo e gerencial a indicação por parte do Conselho, Entidade Mantenedora ou de membros da Diretoria da Instituição.

Embora as entrevistas tenham acontecido em um cenário de alinhamento com novas estratégias em gestão de pessoal, houve um consenso quanto à descrição da função do Superintendente ou Diretor Geral, caracterizado como responsável pela gestão do Hospital com ênfase em questões administrativas e financeiras, sendo a figura responsável por responder ao *Board*. Também nessa função foi identificada a responsabilidade em estabelecer e cumprir objetivos, metas e estratégias relacionadas à

performance financeira, satisfação do cliente, incorporação tecnológica e desenvolvimento de recursos humanos.

Quanto ao Diretor ou Gerente do Corpo Clínico, o consenso sobre sua principal função seria garantir o atendimento médico segundo metas e objetivos já delineados. Outras funções citadas do Diretor Clínico foram zelar pelos preceitos da ética médica, servir como facilitador entre o corpo clínico e demais áreas do Hospital e responder por questões administrativas relacionadas ao corpo médico e seus processos de trabalho.

De acordo com os entrevistados, a coordenação, supervisão e planejamento da assistência de enfermagem definem a função do Gerente/Coordenador de Enfermagem. Os Hospitais D, F, e I forneceram maiores detalhes sobre o cargo, especificando que dentro das atividades acima estão incluídas responsabilidades, como educação continuada de enfermagem, implantação e execução de auditorias, garantia do cumprimento de normas técnicas e administrativas relacionadas ao corpo de enfermagem, entre outras.

Antes de abordar as funções descritas para o cargo de “Coordenador do Programa de Qualidade” é necessário contextualizar a alocação do programa na estrutura organizacional das instituições em estudo.

Em verdade, apenas os Hospitais B, E e F possuíam uma área ou departamento nomeado como Assessoria ou Gerência de Qualidade incorporado ao organograma institucional. O Hospital I, na época da pesquisa, encontrava-se em transição, por possuir uma Comissão de Qualidade atuante, mas com recente contratação de um assessor da qualidade para dedicar-se exclusivamente ao planejamento, estratégias e

desenvolvimento de recursos humanos necessários para implementação e manutenção de programas de melhoria contínua da qualidade.

Os demais entrevistados organizaram-se em grupos formais reconhecidos normalmente como Comitês ou Comissões de Qualidade, cujos membros representantes já pertenciam ao quadro funcional do Hospital e acrescentaram esta representação a suas funções usuais.

Esse tipo de organização dentro da Instituição encontra respaldo na literatura, pois MONTANA e CHARNOV (1998), definem comitê como um grupo formal criado pela organização para resolver conflitos internos, recomendar decisões para o *staff* executivo, identificar e propor soluções para problemas, além de tomadas de decisões propriamente ditas no âmbito tático-operacional. Segundo suas palavras, “um grupo formal tem a aprovação da organização na qual existe, possui poder legítimo dentro dela e geralmente é formado para realizar alguma tarefa ou função designada. (...) Já que é formado pela organização para realizar alguma tarefa ou para satisfazer alguma função contínua, a meta do grupo formal é a realização eficiente e eficaz de tarefas. Sua posição e distribuição relativa de poder dentro da organização maior são dirigidas para suas metas: é, ou deve ser, dado ao grupo formal poder e recursos suficientes para que possa realizar a tarefa a ele designada”.

MONTANA e CHARNOV (1998) ainda citam como exemplo bem sucedido de um comitê, os círculos da qualidade (CQ), que consistem em grupos, nos quais colaboradores são treinados nas metodologias de controle de qualidade e resolução de problemas.

Nesse cenário, as funções do responsável por uma assessoria ou gerência de qualidade abordam a responsabilidade em desenvolver, coordenar e aprimorar processos de qualidade em consonância com objetivos e metas da Instituição. Na amostra estudada, observou-se que os Hospitais B e F, dos três entrevistados contemplados com um departamento Assessoria/Gerência de Qualidade, também respondiam pela execução e divulgação de pesquisa de satisfação de clientes externos.

Quando se pesquisou sobre a descrição do cargo de coordenadores do programa de qualidade em Instituições que optaram pela criação de Comissão da Qualidade, também surgiram outros aspectos da função, como a responsabilidade em desenvolver multiplicadores.

Sómente o Hospital I, com opção pela criação de Comissão de Qualidade, citou na descrição de cargo do Coordenador do Programa algumas funções como coordenação de auditorias e programas de educação continuada, também apontados pelos entrevistados como cargos formais de coordenação do programa de qualidade.

7.2. Caracterização da Unidade/Programa de Melhoria da Qualidade Hospitalar

Um dos principais objetivos do Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar (CQH) está na sensibilização e estimulação da liderança e equipes multiprofissionais envolvidas, para desenvolvimento de esforço contínuo em busca da melhoria de qualidade. Nesse contexto o CQH, em si, é um agente motivador para implementação de outros programas ou estratégias de qualidade.

A implementação desse Programa de Qualidade estimula mudanças na cultura organizacional, trazendo para a Instituição um novo olhar assertivo, incorporando à gestão da qualidade uma constante pesquisa por novas estratégias e ferramentas para avaliação e garantia da qualidade.

Durante a pesquisa foram coletadas informações sobre certificações, programas específicos de avaliação da qualidade, ou mesmo outros programas de acreditação além do próprio CQH. Para melhor visualização de tal conteúdo optou-se por agrupar esses dados na **Tabela VII**.

Tabela VII – Distribuição de Outros Programas de Avaliação de Qualidade nos Hospitais em Estudo – 2004

Hospital	Outros Programas de Avaliação de Qualidade
A	-
B*	Certificação ISO
C	-
D	-
E	Certificação ISO e Programa de Qualidade Total
F	Certificação ISO e Programas de Avaliação de Qualidade Laboratorial SBAC e PELM
G**	Certificação ISO e Acreditação em Andamento pela ONA
H	Certificação ISO e Programa de Avaliação de Qualidade Laboratorial PNCQ
I	-

- Hospital B também estava implementando alguns critérios do PNQ
- ** Hospital G estava em fase de acreditação durante a pesquisa

Fonte: Pesquisa de campo – Dez/03 a Mar/04

A **Tabela VII** demonstra a preocupação dos Hospitais em procurar outras formas de avaliação dos serviços hospitalares, eventualmente com programas específicos para laboratórios de análise clínicos, ou mesmo acrescentar um outro modelo de programa de acreditação, como foi à opção do Hospital G.

Esses resultados são similares ao relato de SCHILLING (2001) sobre seis diferentes tipos de iniciativa em qualidade, encontrados em serviços de saúde suíços, no contexto da acreditação e certificação. Conforme experiência do autor, os hospitais suíços têm como estratégia buscar a confiança de seus clientes, possivelmente sua preferência, por meio desses programas. O autor conclui não ser possível ainda avaliar o sucesso dessas iniciativas, ou mesmo validar qual seria a melhor opção como programa de qualidade para a realidade suíça.

Além das certificações e acreditações, os Hospitais C, D, F e H aludiram à implantação da atividade de qualidade 5S como outra estratégia de melhoria contínua da qualidade, e o Hospital G apontou a implementação de Círculos de Controle da Qualidade como uma ferramenta do programa de qualidade dessa Instituição.

Outra estratégia para garantia e melhoria da qualidade pode ser a criação e organização de comissões de caráter técnico, muito embora algumas delas já existam por exigência de Lei ou Resolução Normativa de “Conselhos de Classe Profissional”. Deve ser citada a Lei 9.431, promulgada em 1997, que estabelece a criação da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar em todos hospitais do território nacional, ainda há Resoluções do Conselho Regional e Federal de Medicina que determinam a constituição de Comissão de Ética Médica e de Revisão de Prontuários, além das Normas

Regulamentadoras do Ministério do Trabalho as quais estabelecem a criação da Comissão de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Prevenção de Incêndio.

Nos critérios para outorga do selo, cabe observar a existência e atuação dessas citadas Comissões e outras consideradas obrigatórias pelo CQH, como a Comissão de Qualidade, Revisão de Óbitos, Farmácia e Terapêutica, além da Brigada de Incêndio.

No presente estudo, os Hospitais também apontaram atuação de outras Comissões, tais como Ética em Enfermagem, Hemoterapia, EMTN (Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional), Hotelaria, Controle de Eventos Sentinela, Controle de Tempos de Espera do Pronto Atendimento e Análise de Queixas e Sugestões de Clientes.

Quanto à história e evolução do Programa de Controle de Qualidade – CQH, cumpre dizer que a trajetória nos Hospitais da amostra foi semelhante. Nos Hospitais B, E e F, o programa está sendo conduzido por uma Unidade especialmente criada para gerenciar programas e processos de qualidade e identificada como Assessoria ou Gerência de Qualidade. No Hospital I, o CQH é conduzido diretamente pela Administração Geral do Hospital, mas recentemente foi contratado um assessor externo para planejamento e desenvolvimento de estratégias da qualidade, conforme citado nas páginas anteriores.

Os Hospitais A, C, D, G e H possuem um Comitê de Qualidade especialmente designado para conduzir o programa CQH.

Os nove Hospitais pesquisados apresentavam um tempo de implantação do programa CQH superior a cinco anos, muito embora este não tenha sido um critério de inclusão na amostra, porém conferiu maior homogeneidade ao estudo.

Com as exceções dos Hospitais G e I, os demais afirmaram que a iniciativa em buscar um programa de melhoria da qualidade, e posteriormente pela seleção do CQH, foi responsabilidade da liderança do Hospital.

O Hospital G declarou ter sido uma ação conjunta da liderança e do corpo clínico em selecionar e estabelecer o CQH como programa de qualidade, enquanto o Hospital I identificou a equipe de enfermagem como responsável pela iniciativa em implementar um programa de qualidade e posteriormente uma responsabilidade conjunta com a Liderança em selecionar o CQH.

Estes achados não diferem da literatura, MEZOMO (2001) já havia caracterizado a administração da qualidade por intermédio de líderes, empenhados no próprio desenvolvimento e dos demais colaboradores, pesquisadores de novas habilidades, conscientes da concorrência e motivados para a melhoria da qualidade como estratégia para garantia de melhores produtos e menores custos. Principalmente caracterizava o líder como o responsável por acreditar e difundir que a qualidade é um esforço institucional compartilhado por todos atores envolvidos.

Quanto aos principais motivos relatados para busca, seleção e implantação de um programa de melhoria da qualidade há a necessidade em melhorar não só a assistência prestada como os processos internos. Foram considerados motivos secundários a necessidade em aumentar a satisfação do usuário e logo a seguir a melhoria do clima organizacional.

As exceções não incluídas no perfil acima foram, respectivamente, o Hospital C, cujo principal motivo para buscar um programa de qualidade foi à necessidade em atender às exigências de financiadores privados de procedimentos médicos; o Hospital E

foi motivado pela busca da satisfação do usuário - uma das estratégias para alcançar a missão dessa Instituição; o Hospital G surgiu como a única Instituição a identificar estratégia mercadológica como principal fator que motiva a inserção em programas de melhoria de qualidade.

Resgatando a história da implantação do programa, também foi possível verificar que os únicos Hospitais que utilizaram os serviços de consultoria externa durante essa fase foram os Hospitais B, E e F. Conforme mencionado anteriormente, tais Hospitais optaram pela criação de uma unidade de serviço própria para a condução do programa e outras atividades relacionadas à qualidade.

Excetuando o Hospital A, por não possuir dados disponíveis, os demais relataram gastos durante a implantação. Houve unanimidade quanto a gastos com treinamento de recursos humanos, e a maioria também apontou gastos com ambiente físico e informatização, relacionados com a finalidade em adequar-se estruturalmente e tecnologicamente aos critérios estabelecidos pelo CQH.

Coerentemente, os Hospitais B, E e F também mencionaram em suas entrevistas os gastos com as consultorias externas contratadas.

Nas entrevistas foram abordadas duas questões sobre valores gastos durante a implantação e custos do Programa em 2002. Ambas foram excluídas da compilação dos resultados por mostrarem resultados pouco conclusivos.

A pesquisadora acredita que a dificuldade em mensurar valores financeiros, tenha ocorrido em função da implementação do programa datar da década de 90 no século XX, quando alguns dos entrevistados ainda não faziam parte das Instituições estudadas, uma

vez que nessa época os Hospitais ainda não possuíam uma cultura de mensuração de custos com iniciativas da qualidade.

Quanto à dificuldade em estabelecer o custo do Programa de 2002, pode ser facilmente explicada pela ausência de centros de custo específicos para a área de qualidade e visto que os recursos financeiros necessários para a manutenção do programa estavam embutidos no orçamento anual desses Hospitais.

Outro desafio consistiu em identificar os recursos humanos alocados na Unidade ou Programa de Qualidade, tal dificuldade baseia-se tanto na diversidade de estrutura organizacional, quanto nos processos de trabalho adotados pela Área de Qualidade dos Hospitais pesquisados.

Seis dos Hospitais entrevistados afirmaram possuir quatro ou mais pessoas na equipe. As exceções foram os Hospitais D, F e I que relataram possuir três pessoas na equipe, porém esses números foram estimados de formas diferentes, segundo o tipo de estruturação dos envolvidos com os programas de qualidade.

A estimativa do número de colaboradores surgiu com facilidade para os entrevistados dos Hospitais B, E e F, com departamentos próprios para condução dos programas de qualidade, embora nas equipes dos Hospitais B e F estejam incluídos colaboradores com funções exclusivas relacionadas à pesquisa de satisfação do cliente. O Hospital E fez questão de ressaltar que o número de colaboradores mencionado na pesquisa dedicava-se à execução de funções administrativas, enquanto o programa de melhoria da qualidade era conduzido por diversos times da qualidade.

Os Hospitais A, C, D, G, H e I adotaram os participantes da Comissão de Qualidade como referência para estimar o número de colaboradores do programa de qualidade.

Inicialmente esta pesquisa pretendia levantar a Missão, Objetivos e Processos de Trabalho da Unidade ou Comissão responsável pela condução dos programas de Qualidade dos Hospitais em estudo, contudo somente o Hospital H respondeu sobre o tema, enquanto os demais entrevistados optaram por relatar a Missão, Visão e Valores da própria Instituição.

“Aprimorar continuamente os processos internos e externos, objetivando a melhoria da assistência médico-hospitalar” foi descrito como a missão da Comissão de Qualidade do Hospital H. *“Proporcionar ferramentas de avaliação, monitoramento e desenvolvimento das estratégias da qualidade”* corresponde à descrição dos objetivos da Comissão de Qualidade desse Hospital.

Textos de MELLO & CAMARGO (1998) e MEZOMO (1992) contêm definições para missão e objetivos. Para esses autores, a missão equivale a uma proposta da Instituição ou no caso do programa para com o mercado e com a comunidade onde atua, representando um compromisso maior das atitudes da organização. Também definem os objetivos como tudo aquilo que a instituição pretende conquistar com vistas ao cumprimento de sua missão.

A interligação desses dois conceitos permite inferir que na ausência de uma missão estabelecida certamente não haverá a expressão formal dos objetivos. Embora essa linha de pensamento não se aplique ao processo de trabalho, cujo conceito não

possui relação direta com a missão, é descrita como um conjunto de atividades voltadas para finalidades definidas e específicas.

Aparentemente esse último conceito deveria ser intuitivo para os entrevistados, porém apenas os Hospitais B, C e H descreveram seus processos de trabalho. Dentre os mais citados estavam a implementação de times da qualidade, reuniões periódicas da Comissão de Qualidade, auditorias, monitoramento e definição de metas expressas por indicadores, treinamentos e avaliações.

Ainda nessa seção do questionário, a coleta e mensuração dos indicadores também foram abordadas, sendo que os Hospitais pesquisados afirmaram que acompanham e utilizam em sua gestão os indicadores obrigatórios do CQH. Foram unânimes quanto à utilização de outros indicadores além dos obrigatórios.

Alguns aspectos da operacionalização do processo de comparação de indicadores elaborado pelo CQH, tais como pouco controle e fiscalização sobre a coleta dos dados in loco, inexistência de indicadores ajustados segundo case-mix (relação proporcional entre os diferentes pacientes em um determinado serviço) e inespecificidade do benchmark, permitem inferir que o programa de indicadores do CQH ainda não configura um processo de bechmarking, embora este termo já esteja em utilização, tanto pelo CQH quanto pelos entrevistados.

7.3. Gestão do Programa de Melhoria da Qualidade

7.3.1. Atividades de Melhoria da Qualidade

GIANESI & CORRÊA (1996) avaliam os esforços com objetivos voltados para a melhoria da qualidade em processos, segundo dois diferentes enfoques:

- A atividade contínua e gradual de redução dos limites de variabilidade dos processos é conhecida como processo de melhoria contínua.
- Processos que visam os saltos qualitativos de níveis de qualidade chamam-se projetos de melhoria.

Durante a entrevista os Hospitais foram solicitados a indicar atividades de melhoria da qualidade segundo unidades organizacionais do Hospital, utilizando-se o mesmo roteiro do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Essas informações representariam a visão do entrevistado sobre a busca pela melhoria da qualidade e com a exceção do Hospital A, todos demais entrevistados responderam a esta seção.

A intenção inicial desse levantamento era mapear atividades de melhoria da qualidade nesses hospitais, já reconhecidos por suas práticas em qualidade, cujo produto final foi um relatório descritivo das respostas. (Anexo III)

Como visão geral desse levantamento, é possível sintetizar as atividades descritas como melhoria da qualidade em:

- Ampliação e reforma de instalações estruturais;
- Aquisição de equipamentos e tecnologia;
- Registro e revisão de processos;

- Abertura de novos serviços ou programas assistenciais;
- Desenvolvimento e treinamento de recursos humanos;
- Contratação de recursos humanos, serviços terceirizados e consultorias externas;
- Implantação e desenvolvimento de ferramentas e outros programas de qualidade;
- Criação de times de qualidade e comissões técnicas;
- Aprimoramento de sistema de coleta de indicadores;
- Revisão e ampliação de pesquisas de satisfação do cliente.

A expressão das ações de qualidade desdobradas setorialmente demonstrou que, embora os Hospitais sejam participantes voluntários de um mesmo programa com critérios e indicadores pré-definidos, não necessariamente seus administradores possuem compreensão semelhante aos conceitos e atributos dos programas de atividades de melhoria da qualidade, por si só.

Dentre as dificuldades observadas para caracterizar a melhoria da qualidade, cumpre mencionar que o Hospital E caracterizou as certificações ISO 9002, das áreas do Hospital, como

Essa visão do processo de certificação pode ser considerada parcial, considerando que a ISO responde pela padronização dos processos e não pela definição de parâmetros de desempenho ou avaliação de resultados. (PENA, 2000; BITTAR, 2000) No entanto, essas certificações setoriais atestam uma estratégia para implementação da qualidade no Hospital patrocinadas pela liderança e pela própria Gerência de Qualidade.

As dificuldades em padronizar e identificar atividades nos serviços de saúde associadas à melhoria de qualidade também encontram amparo na literatura.

Autores como SPRAGUE (2001) e JUN (1998), com revisões publicadas sobre programas de melhoria da qualidade em saúde, têm em comum a preocupação em identificar padrões, dimensões e elementos desses programas, permitindo o reconhecimento e classificação de ações voltadas para a manutenção e melhoria da qualidade em saúde. A primeira autora estuda com maior ênfase as estratégias para o sucesso dos programas de avaliação, enquanto o segundo autor propõe uma série de atributos para definir e identificar a qualidade do cuidado e satisfação do paciente dentro do contexto da saúde.

Ao se analisarem essas respostas, segundo as dimensões de SHORTELL (1995), pode-se observar uma maior familiaridade dos Hospitais com a dimensão técnica relacionada à solução de problemas mediante estruturação de processos, apesar das barreiras geradas por inadequada compreensão de conceitos e metodologias da qualidade.

Outro obstáculo presente nessa dimensão seria a ausência de uma real gestão dos indicadores como apoio à tomada de decisão. Essa dificuldade também foi apontada por ESCRIVÃO (2004) e MALIK & TELLES (2001) em seus respectivos estudos sobre utilização de indicadores na gestão hospitalar.

Ações alinhadas ao planejamento estratégico e incorporadas à dimensão estratégica foram pouco citadas. Tal resultado não surpreende, considerando que um dos principais obstáculos na área de saúde para a implementação de programas de melhoria contínua é a ausência de enfoque dos mesmos como prioridade estratégica.

RIVERA (1996), ao efetuar uma análise comparativa das principais ferramentas do planejamento estratégico situacional – PES - e do gerenciamento da qualidade total, define este segundo como uma modalidade de gerenciamento global, em que predomina o gerenciamento de atividades rotineiras, enquanto o PES equivale ao planejamento normativo de problemas estruturados alinhado à definição de grandes diretrizes.

De fato, as experiências relatadas pelos gestores muito se aproximam desse tipo de gerenciamento rotineiro e de atividades programadas. Tal constatação não diminui o valor intrínseco da qualidade das atividades realizadas, apenas demonstra não haver um rigor no registro e gestão de pontos fracos, persistindo a resolução dos problemas imediatos.

Quanto às ações compreendidas pela dimensão cultural, tampouco tiveram destaque no presente estudo, levando a crer que a filosofia voltada para a melhoria de processos ainda esteja centrada na liderança e nível gerencial.

Esse cenário não é exclusivo da amostra estudada, pois DEI SVALDI e LUNARDI FILHO (2000), em estudo sobre gestão da qualidade total na enfermagem, relatam que na prática diária esses profissionais ainda permanecem atuando em modelo tradicional de gerenciamento burocrático e hierarquizado, desvinculados da cultura da melhoria de processos.

Dentre os aspectos estudados pela dimensão estrutural está a preocupação em formação de times da qualidade com âmbito multidepartamental o que foi relatado pelos entrevistados. A formação de um grupo formal, ou mesmo departamento para gerenciamento do programa de qualidade, pode ser considerada como consequência direta da adesão ao Programa de Controle de Qualidade do CQH.

7.3.2. Gestão e Resultados do Programa de Qualidade

Os resultados aqui apresentados referem-se à análise das respostas opinativas dos responsáveis pela gerência do Programa de Qualidade, independentemente do *status* do mesmo como uma unidade departamentalizada ou Comissão.

Baseando-se na perspectiva dos critérios de excelência do “Baldrige Award”, procurou-se reunir as visões dos gestores e expressá-las em um único cenário contextualizado como “gerenciamento da qualidade”.

7.3.2.1. Liderança

“Liderança é um processo no qual um ou mais indivíduos influenciam outros a se comprometerem com a busca de objetivos comuns.” (Motta, 1998)

Por sua vez, BERWICK (1994), ao estudar a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares, concluiu que a “transformação da qualidade” depende dos líderes, sendo considerada como primeira tarefa da melhoria da qualidade o esclarecimento da missão e a segunda um compromisso com a mudança. Finaliza o raciocínio afirmando que para ambas a liderança é necessária.

Em acordo com os hospitais avaliados, a missão da Instituição é clara e amplamente divulgada, incorporando os interesses dos diversos envolvidos como pacientes e familiares, colaboradores, comunidade, governo, entre outros. Também

crêem na liderança como um exemplo, cuja responsabilidade inclui estabelecer elevados padrões de qualidade, identificação de rumos e metas compatíveis com recursos disponíveis.

Uma ressalva deve ser feita sobre estes resultados: inicialmente os entrevistados foram questionados sobre a missão do programa da qualidade, mas invariavelmente, e sem exceção, as respostas foram baseadas na missão da Instituição. Tal fato já havia sido registrado anteriormente, quando da caracterização do Programa de Qualidade, à exceção do Hospital H.

Valores relacionados com melhoria da qualidade, compreendidos como a expressão de crenças e conceitos básicos da organização, não puderam ser identificados na maioria dos Hospitais pesquisados. Tal dificuldade pode estar relacionada com a correta noção da necessidade de partilhar valores e crenças entre todos os envolvidos e um fator limitante consistiria em lidar com grupos diversos, entre os quais um corpo clínico aberto.

Essa limitação é relatada também por BERWICK, quando da implantação do PDN, ao abordar a resistência de médicos não assalariados em participar e incorporar processos de melhoria da qualidade.

Somente os Hospitais C e E expressaram sua completa crença quanto à compreensão por todos os colaboradores compreenderem os objetivos da “Melhoria da Qualidade” e respectivas formas de alcançá-los e avaliá-los. Coerentemente, apenas esses mesmos Hospitais afirmaram que a liderança divulga para todos as metas alcançadas relacionadas às atividades desenvolvidas pelos programas de qualidade.

Dentre as características citadas do perfil de um líder por MEZOMO (1992) está o compromisso em dividir a informação. Segundo o autor, todos dentro da organização devem conhecer a posição da empresa no mercado, dos planos futuros, e também de seus propósitos e metas. Parafraseando as palavras desse artigo, na qual liderança é um aprendizado contínuo, parece existir um desafio da liderança em aprender a compartilhar informações.

Quando a pergunta se restringe aos níveis gerenciais e de supervisão, surge uma certeza expressiva nos Hospitais D, E e F, quanto a estes níveis serem efetivamente envolvidos pela liderança em atividades relacionadas ao incremento da qualidade. Os Hospitais A, B, C e H optaram pela resposta consideravelmente indicando a necessidade ou preocupação em buscar um completo envolvimento.

TOLOVI (1994), ao apontar as principais causas de insucesso na implantação de programas de qualidade, considera ser fundamental o envolvimento da liderança, mas alerta quanto à necessidade de sustentação pelo nível gerencial. Segundo o autor, este nível tende a acreditar que a qualidade é algo óbvio não requerendo grande esforço e energia em sua implantação e manutenção. Embora o artigo relate experiências da década passada, esta questão ainda é atual, observando-se as dificuldades da liderança em divulgar metas e respectivo acompanhamento para o nível médio e operacional.

7.3.2.2. Planejamento

O termo planejamento de fato é um conceito de larga amplitude definido como “Ato ou efeito de planejar; Trabalho de preparação para qualquer empreendimento,

segundo roteiro e métodos determinados (...) Elaboração, por etapas, com bases técnicas de planos e programas com objetivos definidos “. (Ferreira, 1994)

Diante das dificuldades existentes em torno de vários tipos de planejamento, modos de planejar e termos associados a este processo, CAMPOS (2000) se propôs a analisar a produção de teorias e métodos de planejamento em saúde, segundo a produção recente de alguns autores brasileiros. Parte da premissa que o planejamento é um campo metodológico que visa os meios como seu fim, ou seja, a sua função é operacionalizar organizações e grupos para atingir fins para em última instância tornar-se o método dos meios por excelência.

No presente estudo, os gestores da qualidade, quando entrevistados, reconheceram a existência de planejamento sistematizado e participativo, desenhado segundo metas de melhoria da qualidade previamente fixadas e com compromisso de recursos para execução de planos de melhoria de qualidade.

Similarmente informaram participar de reuniões freqüentes para avaliação e revisão dos planos operacionais em todos Departamentos/Unidades das Instituições em estudo.

Quanto à identificação de planos operacionais e da qualidade desdobrados, segundo a estrutura organizacional da Instituição, os Hospitais C, D e E responderam afirmativamente, enquanto os Hospitais F, G, H e I responderam ainda haver poucos planos operacionais desdobrados.

A aparente discordância entre a participação em reuniões para avaliação dos planos operacionais em todas Unidades e o pouco desdobramento dos planos de qualidade, segundo a estrutura da Instituição, reforçou a percepção da pesquisadora

quanto aos entrevistados considerarem quaisquer metas estabelecidas como melhoria da qualidade e daí todas as respostas de fato se referirem ao planejamento estratégico das Instituições em análise.

Também na década de 90 do século passado, SINK & TUTTLE (1993) relataram suas experiências com planejamento e alertavam para as diferenças entre o que os autores denominavam como planejamento estratégico convencional e aquele que incorporava a contínua melhoria de performance. Segundo estes autores, o planejamento convencional enfoca principalmente planos de investimento de capital, instalações, ampliações dos negócios compreendidos como produtos, mercados e tecnologia.

Nessa publicação, os autores citam como fato raro quando uma empresa apresenta um planejamento estratégico, para promoção e patrocínio de melhorias de *performance* fundamentadas no desenvolvimento e melhoria de sistemas e processos gerenciais. Dentre as principais características do planejamento, voltadas para a melhoria contínua, poderiam ser citados: o envolvimento completo do nível gerencial e maior número possível de pessoas dentro da organização; mensuração e aumento da qualidade; eficácia e eficiência de processos e produtos; processo de planejamento apoiado em cultura de melhoria contínua; integração entre os vários planos existentes dentro da Instituição e previsão orçamentária compatível com o planejamento definido.

7.3.2.3. Foco no Cliente

Os serviços de saúde existem para atender às necessidades dos clientes. Dessa forma, a prestação de serviços em saúde deve ser delineada para o atendimento de tais necessidades. Por meio do foco no cliente é possível avaliar todas etapas do processo e definir quais são relevantes para o atendimento ao cliente e excluir aquelas sem relevância para sua satisfação do cliente e expectativas em relação ao resultado final.

A avaliação da satisfação do paciente é preocupação relativamente nova em serviços de saúde. Esse interesse surgiu basicamente em Hospitais americanos, no século passado aproximadamente em meados da década de 80 como área de interesse da “onda de qualidade”. Inclusive a consolidação da análise da satisfação do cliente como rotina de um programa de qualidade, por intermédio da sua incorporação como importante componente (300 de 1.000 pontos) do “Malcom Balbrige Award” e em padrão da Joint Commission for Accreditation of Health Care - JCAHCO. (VERDESSI et al, 2000)

Ainda mencionando a Joint Commission, torna-se necessário esclarecer que em sua visão, além do paciente propriamente dito, são considerados como clientes os familiares dos pacientes, corpo médico, colaboradores do Hospital e até outros parceiros da organização, tais como fornecedores e prestadores de serviços terceirizados. MCLAUGHLIN & KALUZNY (1999), ao analisarem tal variedade de clientes, observam que os mesmos possuem diferentes necessidades e, portanto, expectativa diversa sobre a qualidade de serviços de saúde, cujas opiniões podem ser expressa por

meio de diferentes canais, com diferentes métodos de consolidação e avaliação da satisfação do cliente.

Quanto aos Hospitais em estudo, os mesmos se apresentaram como organizações focadas no paciente e compromissadas na identificação contínua das necessidades e expectativas de seus clientes internos e externos, por intermédio da construção de canais de comunicação e instrumentos de mensuração da satisfação.

Conforme relato dos entrevistados, as maiores dificuldades concentram-se na criação e implementação de mecanismos que permitam responder rapidamente a mudanças nas necessidades e expectativas dos clientes.

Citando novamente MCLAUGHLIN & KALUZNY (1999), os autores sugerem utilizar medidas de satisfação como oportunidades de melhoria dentro de um programa da qualidade.

7.3.2.4. Informação e Análise

Uma das premissas da melhoria da qualidade consiste no gerenciamento da tomada de decisão baseada em dados e fatos, e não apenas em intuição ou opinião. Entretanto, dados em saúde podem não ser consistentes e reprodutíveis, com prejuízo para os tomadores de decisão.

Sob a ótica da qualidade devem ser empreendidos esforços contínuos para melhorar a base de dados por meio do treinamento de pessoal, implementação de

prontuário eletrônico, aquisição e implementação de sistemas de suporte à decisão, sistemas financeiros, entre outros.

Segundo essa perspectiva, oito dos nove Hospitais em análise responderam trabalhar com uma base de dados integrada e consistente. De fato esse foi o único aspecto do tópico “Informação e Análise” em que os Hospitais apresentaram um consenso. À exceção do Hospital F, os demais informaram crer na consistência dessa base de dados.

Quando se questionou sobre a utilização de informações comparativas relacionadas à satisfação de clientes em outras instituições hospitalares, houve um predomínio de quatro respostas relatando pouca utilização (Hospitais A, C, H e I) e três respostas negativas dos Hospitais B, D e E.

Identificou-se em seis Hospitais, respectivamente B, D, F, G, H e I, uma tendência de insatisfação ou preocupação em evoluir para um sistema de indicadores de desempenho, baseado no planejamento estratégico institucional, disponível e utilizado por todos envolvidos como apoio à tomada de decisão. Tal comentário fundamenta-se na preferência desses Hospitais por respostas de menor *score*, sem a respectiva utilização da variável completamente, quando da resposta sobre criação e implantação de indicadores relacionados aos temas planejamento e acompanhamento de resultados da gestão hospitalar, voltados para a melhoria da qualidade.

Escrivão (2004) em sua pesquisa sobre o uso de indicadores na gestão de Hospitais Públicos define os indicadores como responsáveis por proporcionar “... informações mensuráveis para descrever tanto a realidade de saúde, como as modificações devidas à presença do serviço ou programa de saúde, assim como são

capazes de quantificar o nível de desempenho das atividades em um processo ou seu *output* (produto ou serviço) em relação a metas especificadas. Revelam, também, o grau de satisfação dos usuários de serviços de saúde”.

Retornando especificamente ao relato das dificuldades dos Hospitais B, D, F, G, H e I quanto ao planejamento das Unidades/Departamento, apoiado em um sistema de informações, são observadas divergências quando se estudam os depoimentos para caracterização do Programa de Qualidade. Registrou-se, anteriormente, unanimidade dos entrevistados ao afirmar utilizarem os indicadores obrigatórios do CQH na gestão hospitalar, além de outros indicadores de qualidade e produtividade. Essas possíveis inconsistências podem estar associadas ao fato de poucos dos entrevistados identificarem um sistema de informações de desempenho administrativo-operacional descentralizado, disponível e acessível a todos envolvidos no processo de gestão.

De forma semelhante, também poucos realizam comparações sistemáticas dos seus indicadores de desempenho e satisfação do cliente com outras instituições. Tampouco a maioria dos entrevistados analisa o desempenho dos indicadores da gestão hospitalar sob o foco na melhoria de processos e prevenção de problemas.

SCHIESARI (2003) em estudo sobre iniciativas de qualidade e seus resultados em 5 hospitais observou a existência de aprimoramento dos indicadores de produção, satisfação dos clientes e treinamento de funcionários. Entretanto, pouco encontrou, em relação aos indicadores que evidenciassem a melhoria da assistência propriamente dita.

Citando novamente o estudo de ESCRIVÃO (2004), no qual comenta-se sobre a gestão baseada em informação ainda não ter sido assimilada pela indústria de serviços de saúde. Segundo o autor, o grande esforço consistiria em padronizar metodologias para a

coleta de dados e construção de indicadores. A análise, interpretação e disseminação desses indicadores constituiriam em desafios para a maioria dos serviços de saúde. Outro desafio seria superar a falta de comunicação e disseminação da informação necessária para um adequado processo de decisão.

Pode se dizer que MALIK & TELLES (2001) também acreditam que a partilha do conhecimento está intrinsecamente ligada ao fator humano, quando avaliam os fatores limitantes para o *benchmarking* entre organizações hospitalares. Segundo os autores, “Nos USA há grandes bases de dados nacionais, que permitem comparabilidade entre todos os tipos de serviço, na saúde, inclusive de seus custos e seus resultados. No Brasil, a grande maioria dos serviços de saúde ainda resiste a fornecer informações a respeito de suas atividades, seja por temer cópia, concorrência, fiscalização, mas até, se for o caso, por não ter dados e não se sentir confortável com esta situação.”

7.3.2.5. Desenvolvimento e Gestão de Pessoas

Com base na percepção dos entrevistados, pode-se dizer que os Hospitais em estudo apresentaram equipe qualificada e em número suficiente para a promoção e execução da melhoria da qualidade. Vale lembrar que três dos entrevistados, Hospitais B, E e F, possuíam uma Unidade especialmente designada para o exercício do Programa de Qualidade, enquanto os demais operacionalizavam suas ações valendo-se de uma Comissão de Qualidade.

De forma similar reconheceram atuar sistematicamente na avaliação de necessidades de capacitação e desenvolvimento da equipe, segundo planejamento e necessidades de desempenho operacional. Também acreditam conduzir esforços para a melhoria dos processos relacionados à gestão de recursos humanos, incluindo gestão participativa, incentivo e motivação.

As questões pouco conclusivas versavam sobre a condução de pesquisas de clima organizacional, melhoria de processos relacionados ao reconhecimento de esforços individuais ou em equipe para o alcance de metas e gestão de recursos humanos por meio de avaliações de desempenho.

Estudo de HIGASHI (2001), sobre a gestão de recursos humanos em hospitais, mostrou que organizações pretendem ser competitivas pela incorporação de programas de gestão da qualidade requerem mudanças culturais substanciais, dentre elas o reconhecimento da força de trabalho como recurso estratégico, na medida em que os processos e produtos de uma empresa são resultados de competências pessoais e, conseqüentemente, fatores de difícil imitação. (HIGASHI, 2001)

7.3.2.6. Gestão de Processos

Observou-se na amostra de Hospitais estudados um envolvimento maior na gestão de processos, refletido pela percepção da existência de avaliação sistemática de melhorias expressas por indicadores, planejamento focando processos-chave, incorporação de esforços institucionais para padronização e divulgação de processos,

promoção de treinamentos e condução de auditorias com o intuito de garantir o efetivo cumprimento dos processos de forma padronizada. Também identificaram prontamente o esforço em atualizar métodos e tecnologias relacionados a atividades fim.

É interessante notar que ao se pesquisar sobre a área de informação e análise, apenas alguns entrevistados afirmaram possuir uma gestão efetiva de indicadores como apoio ao processo decisório. Porém, durante o questionamento sobre gestão de processos, a maioria optou por apontar a existência de processo de avaliação sistemático das melhorias por intermédio da análise de indicadores.

Esta aparente discordância pode ser explicada pela manutenção de um sistema de coleta de indicadores com eventual análise e registro dos mesmos, não significando que tais indicadores sejam usados efetivamente como apoio à tomada de decisão. Essa afirmação é reforçada pelas atividades de melhoria da qualidade descritas pelos Hospitais. Vários entrevistados citaram ações relacionadas à coleta de indicadores, com menção ao *benchmarking*, porém poucas citações foram feitas sobre ações corretivas derivadas de análise de indicadores, quando existiam normalmente versavam sobre pesquisas de satisfação do cliente.

Os elementos não identificados pela maioria dos Hospitais envolviam uma busca contínua pela qualidade, traduzida pela melhoria contínua dos processos em consonância com metas previamente estabelecidas e de pleno domínio dos envolvidos. Da mesma forma foram poucos aqueles que apresentaram a ferramenta PDCA para sistematizar o processo de melhoria contínua da qualidade.

Vale considerar que MASSOUD e COLS. (2001), em monografia sobre melhoria de qualidade em saúde e organizada pelo *QAProject*², referem-se à melhoria de processos pelo exercício de um time responsável por monitorar continuamente processos-chaves. Segundo estes autores, cabe a este time adiantar-se na execução de alterações para benefício de clientes internos e externos e não apenas quando da constatação de um problema.

Referindo-se aos entrevistados, não foi possível concluir se apresentam uma postura ativa em relação aos processos-chave, principalmente diante de indefinições institucionais relacionadas à identificação de macro-estratégias e processos-chave. Contudo, por intermédio de auditorias periodicamente realizadas, esses Hospitais estão aptos a identificar desvios na padronização dos processos e daí promover ações corretivas.

7.3.2.7. Parcerias e Alianças

Na amostra estudada este ainda parece ser um tópico em desenvolvimento, sendo que apenas o Gestor da Qualidade do Hospital B relatou atuar “completamente” na formação de parcerias e alianças. Os demais Hospitais relataram esforços para articular-se com instituições de pesquisa, visando o aprimoramento do sistema de melhoria da

² QA Project ou Quality Assurance Project financiado pela USAID – U.S. Agency for International Development, foi criado em 1990, para melhorar a qualidade da saúde global, em especial dos países em desenvolvimento, por meio dos conceitos e ferramentas da metodologia de garantia da qualidade. Dentre seus principais objetivos está a promoção da aplicação dessa metodologia para melhoria de processos e resultados na saúde, institucionalização de atividades de garantia de qualidade em nível local e regional, capacitação de recursos humanos para o manejo dessa metodologia.

qualidade, bem como na promoção e divulgação de metodologias e processos para outras organizações hospitalares.

A principal tendência observada nos Hospitais A, C, D, E, F, G, H e I, quanto à efetivação de parcerias, relaciona-se à capacitação de recursos humanos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a analisar o nível de incorporação das práticas da qualidade em Hospitais, que atestavam o Selo de Conformidade do CQH no ano de 2003, contextualizando o cenário organizacional e descrevendo processos para melhoria permanente da qualidade.

Em acordo com outras pesquisas realizadas sobre atividades de melhoria da qualidade, observou-se similarmente uma pluralidade no entendimento de conceitos da qualidade e programas de avaliação da gestão hospitalar. A depender da visão dos entrevistados, qualidade expressa um atributo relacionado desde a aquisição de equipamentos, a ampliação da estrutura física, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos até a incorporação de um modelo de gestão da qualidade.

Essa diversidade de compreensão tornou especialmente complexa a tarefa em identificar atividades comuns que pudessem configurar um padrão de melhoria da qualidade nos Hospitais em estudo.

Nesses Hospitais a busca pela qualidade foi fortemente centrada nos processos, e desvinculada de um planejamento em longo prazo. A gestão da qualidade não se mostrou verdadeiramente alinhada com a Missão, Visão e Valores da Instituição, inclusive inexistindo um desdobramento específico para os programas de qualidade em andamento.

Essas descobertas não foram surpresa para os gestores, sendo que alguns dos Hospitais entrevistados já se esforçavam em rever seu papel e conjunto de valores para

identificação de uma visão de futuro a fim de garantir sua competitividade e sucesso no mercado de saúde.

Outro aspecto relevante foi observar a compreensão dos entrevistados quanto ao papel da Certificação ISO: constatou-se uma tendência em acreditar que esta certificação, além de reduzir a variabilidade de processos de trabalho, também seria responsável pela garantia da qualidade dos serviços prestados.

Quanto à mensuração de indicadores, não pareceu ser uma preocupação desses Hospitais em utilizá-los como apoio à tomada de decisão. Durante a pesquisa, observaram-se dificuldades para implementar melhorias de qualidade baseadas em medidas, podendo afirmar-se existir uma lacuna entre a coleta do indicador e a tomada de decisão. Tal constatação levou a crer que melhorias nem sempre são implantadas com base na identificação de problemas e sim por correlações de poder dentre os vários envolvidos no processo de gestão hospitalar.

Quanto aos motivos da liderança hospitalar para implementar e manter um programa de qualidade, estes ainda permanecem obscuros dentro do contexto organizacional. Embora há cerca de dez anos atrás, quando o Programa do CQH teve início, fosse possível afirmar que os objetivos principais consistissem na melhoria da assistência prestada e dos processos internos.

Conquanto, seja necessário elaborar novos estudos para compreender as expectativas do gestor e respectivos resultados da implementação de um programa de qualidade, é lícito afirmar que, independente da motivação inicial, a adoção de programas de avaliação e melhoria da qualidade não é mais um modismo e sua implementação significa fortes alterações na cultura da instituição.

A instituição envolvida na promoção e condução de um programa de qualidade em saúde, torna-se compromissada em desenvolver seu potencial humano, buscar instrumentos para efetivar a tomada de decisão apoiada em informações e fatos e por finalidade última atender a necessidades e expectativas de clientes.

9. REFERÊNCIAS

Akerman M. Gerência de qualidade nos hospitais paulistas. **Cadernos FUNDAP**, 1996, nº 19:79-87.

Baldrige National Quality Program. **Health Care Criteria for Performance Excellence**. National Institute of Standards and Technology, 2004. In: www.quality.nist.gov, acesso em 07 de abr de 2004.

Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books: 1994.

Bittar OJNV. **Gestão de Processos e certificação para qualidade em saúde**. Rev. Ass. Med. Bras., 46(1): 70-6, 2000.

Bittar OJNV. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, 30(1), 1996.

Bonato VL. Programas de qualidade em hospitais do Município de São Paulo. São Paulo; 1999. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública – USP]

Burmester H e col. **Manual de gestão hospitalar do CQH: livro de casos práticos**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003

Campomar, NC. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**. São Paulo, 26(3):95-97, 1991.

Camacho JLT. **Qualidade total para os serviços de saúde**. Nobel, São Paulo, 1998.

Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3): 723-731, 2000.

Castelar RM, Mordelet P, Graboïs V. **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes (França): ENSP; 1995.

CBA – Conselho Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. **Manual de acreditação hospitalar**. Rio de Janeiro, 1999.

Counte MA, Meurer S. Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. **International Journal for Quality in Health Care**, 13(3):197-207, 2001.

CQH – Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar do Estado de São Paulo. **Manual de Orientação aos Hospitais**. São Paulo, 1994

Dei Svaldi JS, Lunardi Filho WD. Gestão da qualidade total na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, 9(2), 238-250, 2000.

Donabedian, A. The roles of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, 18:356-360,1992

Donabedian, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**. Vol. 1. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980

Escrivão Jr. A. **Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo**. Núcleo de Pesquisas e Publicações, Escola de Administração de Empresas – Fundação Getúlio Vargas. Série Relatórios de Pesquisa. Relatório 9, 2004.

Ferreira ABH. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1994.

Fundação Para o Prêmio Nacional da Qualidade. **Critérios de excelência**. Manual PNQ, 2003.

Garvin DA. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

Gianesi IGN, Corrêa HL. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo, Atlas, 1996.

Gurgel Junior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(2): 325-334, 2002.

Higashi EY. **Gestão estratégica de recursos humanos no setor saúde**. São Paulo, 2001. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública – USP]

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Joint Commission **International Accreditation Standards for Hospitals**. Oakbrook Terrace, 2º ed., 2002.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **Framework for Improving Performance**. Oakbrook Terrace, 1994.

Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. **Health Care Management Review**, 23(4):81-96, 1998.

Kisil M. **Revisão analítica da literatura sobre qualidade e performance hospitalar no Brasil**. Banco Mundial, Janeiro, 2003 (mimeo)

Malik AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos FUNDAP**. nº 19: 7-24, 1996.

Malik AM, Teles JP. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, 41(3): 51-59, 2001.

Malik AM e Schiesari LM. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Série Saúde e Cidadania v. 3. São Paulo: Peiropólis: Faculdade de Saúde Pública, 1998

Martins RA, Toledo JC. Proposta de modelo para elaboração de programas de gestão para qualidade total. **Revista de Administração**, 33(2), 52-59, 1998.

Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T, Knebel E, MacAulay C. **A Modern Paradigm for improving healthcare quality**. QA Monograph Series. USA: Quality Assurance Project, 2001. In: www.qaproject.org/pubs, acesso em 28 de março de 2004.

McLaughlin CP, Kaluzny AD. **Continuous quality improvement in health care: theory; implementation and applications**. 2a. ed. Gaithersburg: An Aspen Publication, 1999.

Mello JB, Camargo MO. **Qualidade na Saúde: práticas e conceitos, normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo: Best Seller; 1998.

Mezomo JC. **Qualidade Hospitalar: reinventando a administração do hospital**. São Paulo: Cedas, 1992.

Mezomo JC. Os recursos humanos na administração da qualidade. **Hosp. Adm. e Saúde**, 16(4): 163-166. 1992

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde**. Rio de Janeiro, 1989. [Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública]

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, 9(3):239-48,1993

Montana PJ, Charnov BH. **Administração**. São Paulo: Editora Saraiva, 1998.

Motta PR. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, 34(5): 547-59, 2000.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. **Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília, 4.ª ed., 2003.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. Disponível em < URL: <http://www.ona.org.br>> [2004 Jun 04]

Pena FM. **Implantação do modelo ISO 9002 na área da saúde: a visão do gestor da qualidade em quatro unidades de um hospital do Município de São Paulo em 2000.** São Paulo, 2000. [Dissertação de mestrado – Escola de Administração de Empresas de São Paulo – FGV]

Quinto Neto A, Bittar OJNV. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.** Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004.

Rivera FJU. Planejamento estratégico situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. **Caderno FUNDAP**, 1996: 19:25-46.

Schiesari LMC. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros. São Paulo; 1999. [Tese de doutorado – Faculdade de Medicina – USP]

Schiesari LMC. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas.** São Paulo; 2003. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública – USP]

Schilling J, Cranovsky R, Straub R. Quality programmes, accreditation and certification in Switzerland. **International Journal for Quality in Health Care**, 13(2):157-161, 2001

Shortell SM. Assessing the evidence on CQI. **Hospital & Health Services Administration**, 40(1), Spring, 1995.

Sink DS, Tuttle TC. **Planejamento e medição para a performance**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

Sprague L. Quality in the making. **The American Journal of Medicine**, 111(5): 422-431, 2001.

Terra V. **Mudança organizacional e implantação de um programa de qualidade em hospital do Município de São Paulo – Estudo de caso**. São Paulo, 2000. [Dissertação de mestrado – Escola de Administração de Empresas de São Paulo – FGV]

Tolovi Jr J. Por que os programas de qualidade falham? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 34(6):6-11, 1994.

Vasconcelos E, Hemsley JR. **Estrutura das organizações**. São Paulo: Pioneira, 3.^a ed., 2000.

Verdessi BD, Jara G, Fuentes R, Gonzales JC, Espejo F, Azevedo AC. The role of discriminant analysis in the refinement of customer satisfaction assessment. **Revista de Saúde Pública**, 34(6): 623-30, 2000.

Wood Jr T, Urdan FT. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, 34(6), 46-59, 1994.

Yin RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO I – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

“QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE MELHORIA DA QUALIDADE EM HOSPITAIS COM SELO DO CQH”

INTRODUÇÃO

1. OBJETIVO

Coletar informações dos hospitais participantes sobre seus Programas de Melhoria da Qualidade Hospitalar

2. RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Pesquisador que realiza a entrevista de pessoa ou equipe encarregada do Programa. Não havendo esta pessoa, o questionário deverá ser respondido pelo Diretor Geral do Hospital.

3. CUIDADOS SOLICITADOS

Todas as respostas devem estar em baseadas em fontes suficientemente documentada.

As respostas às questões opinativas devem refletir a opinião prevalente como majoritária entre os membros da equipe de Melhoria da Qualidade. Na sua inexistência, será a opinião do responsável pelas atividades.

4. CONFIDENCIALIDADE

As informações serão tratadas com confidencialidade pelo pesquisador responsável, sendo os resultados da pesquisa compartilhados com os participantes.

5. ORGANIZAÇÃO

Este questionário está organizado nas seguintes secções:

I. Identificação:

São solicitados dados básicos de identificação do Hospital, do seu responsável principal pela Unidade de Melhoria da Qualidade Hospitalar, e do responsável pelo preenchimento do questionário.

II. Caracterização do Estabelecimento Hospitalar

As informações solicitadas buscam caracterizar o hospital quanto ao seu tamanho, serviços oferecidos, tipo de clientela, nível de complexidade do atendimento, tipo e quantidade do corpo clínico.

III. Caracterização da Administração Hospitalar

As informações buscam conhecer o nível de estruturação da Administração do Hospital, especialmente os níveis decisórios, e em que nível está localizado o Programa, ou atividades, de Melhoria da Qualidade.

IV. Caracterização do Programa de Melhoria de Qualidade Hospitalar.

Esta secção busca conhecer as características gerais da Unidade ou Programa responsável pela Melhoria de Qualidade quanto a sua equipe de condução, suas responsabilidades e autoridade, seus recursos, o uso de indicadores gerais e específicos.

V. Levantamento de Informações sobre o Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar – CQH.

Esta secção está organizada em sete tópicos principais. Para cada um se busca conhecer: se o tópico é contemplado no Programa de Qualidade, quais as atividades que são realizadas dentro do tópico, e se já se conhece os resultados de melhoria de qualidade atribuídos a essas atividades identificadas. Os tópicos são:

1 – LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

Este tópico apresenta as subseções relacionadas ao sistema de governança da organização. Nela estão presentes subseções ligadas aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente.

2 – SERVIÇOS PROFISSIONAIS E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Este tópico dedica-se à organização dos serviços profissionais que prestam assistência direta ao cliente/paciente, especialmente o corpo clínico e a enfermagem.

3 – SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

Esta seção agrupa as unidades e serviços tipicamente “assistenciais”, ou seja, todos aqueles em que existe o contato direto com o usuário, um processo ou serviço médico assistencial onde uma equipe médica, ou multiprofissional, atua junto o paciente usando um conjunto de insumos tecnológicos específicos e um(ns) espaço(s) institucional(is) especificamente reservado(s).

4 – SERVIÇOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO

Esta seção reúne os serviços voltados para o apoio ao diagnóstico, como radiologia, laboratório clínico, etc..

5 – SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO E ABASTECIMENTO

Esta seção visa agrupar todos aqueles serviços que envolvem uma ação técnica especializada, mas que também se caracterizam por envolver processos de abastecimento, fornecimento, estocagem, produção e/ou serviços técnicos especializados de apoio a ação assistencial e às equipes profissionais que realizam o diagnóstico e a terapêutica.

6 – SERVIÇOS DE APOIO ADMINISTRATIVO E INFRA-ESTRUTURA

Nesta seção encontram-se os serviços que se relacionam aos processos de apoio e ação técnico-profissional, a infra-estrutura físico-funcional e ao apoio aos processos da organização (planejamento predial, financeiro, segurança geral etc.).

7– ENSINO E PESQUISA

Esta seção objetiva integrar todos os componentes que se relacionem às funções educativas e de investigação da organização, de tal forma que permita realizar um diagnóstico da estrutura disponibilizada para o treinamento funcional, para a educação permanente, para o processo de formação de recursos humanos e para a geração de novos conhecimentos através da pesquisa.

VI. Caracterização da Gerencia de Qualidade do Programa de Melhoria de Qualidade.

Esta secção busca conhecer a gerencia de Qualidade do próprio Programa, ou da Unidade responsável, de maneira opinativa. Deve ser preenchida pelo responsável pelo Programa ou pela Unidade de Melhoria de Qualidade Hospitalar. Para tanto usa os mesmos sete tópicos elencados na secção anterior.

I- IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do Hospital:

1.2 Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Munic.: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel.: _____ Ramal: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Home Page: _____

2- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO HOSPITAL

2.1. Nome completo:

2.2. Cargo ou função no hospital: _____

2.3 Tel.: _____ Ramal: _____ Fax: _____

E-mail: _____

3- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE

3.1. Nome completo:

3.2. Cargo ou função no hospital: _____

3.3. Formação Profissional: _____

3.4. Tempo na Instituição: _____

3.5. Tempo na Área de Qualidade: _____

3.6. Tel.: _____ Ramal: _____ Fax: _____

E-mail: _____

**4. ENTREVISTADO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO
QUESTIONÁRIO (SE DIFERENTE DO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA)**

4.1. Nome completo:

4.2. Cargo ou função no hospital: _____

4.3. Formação Profissional: _____

4.4. Tempo na Instituição: _____

4.5. Tempo na Área de Qualidade: _____

4.6. Tel.: _____ Ramal: _____ Fax: _____

E-mail: _____

II- CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2.1. QUANTO A NATUREZA JURÍDICA

- ☐ Público (Federal, Estadual, Municipal)
- ☐ Privado Lucrativo
- ☐ Privado Não Lucrativo

2.2. QUANTO A NATUREZA SOCIAL

- ☐ Utilidade Pública Federal
- ☐ Utilidade Pública Estadual
- ☐ Utilidade Pública Municipal
- ☐ Entidade Filantrópica
- ☐ OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

2.3. QUANTO AO PORTE (As questões 2.3.1 à 2.3.8 referem-se classificação do porte do Hospital segundo a Portaria nº 2.224/GM)

2.3.1. Total de Leitos Disponíveis:

- ☐ 20 a 49 leitos;
- ☐ 50 a 149 leitos;
- ☐ 150 a 299 leitos;
- ☐ 300 ou mais

2.3.2. Total de Leitos UTI

☐ Sem leitos

☐ 01 a 04

☐ 05 a 09

☐ 10 a 29

☐ 30 ou mais

2.3.3. Tipo de UTI (Portaria GM/MS 3432)

☐ Sem UTI

☐ Tipo II

☐ Tipo III

2.3.4. Tipo de Urgência/Emergência

☐ Sem Pronto Atendimento

☐ Com Pronto Atendimento

☐ Serviço de Urgência/ Emergência

☐ Referência I ou II (GM/MS 479)

☐ Referência III (GM/MS 479)

2.3.5. Referência para Gestação de Alto Risco (GM/MS 3477)

☐ Não é referência

☐ Nível I

☐ Nível II

2.3.6. N° Salas Cirúrgicas

- ☐ Até 2
- ☐ Entre 03 e 04
- ☐ Entre 05 e 06
- ☐ Acima de 08

2.3.7 Serviços de Alta Complexidade (Cirurgia cardíaca, Tratamento de Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumato-ortopedia, Tratamento cirúrgico da epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia Bariátrica e Tranplantes.

- ☐ Sem serviços de Alta Complexidade
- ☐ 01 dos serviços de alta complexidade
- ☐ 02 dos serviços de alta complexidade
- ☐ 03 dos serviços de alta complexidade
- ☐ 04 ou mais serviços de alta complexidade

Obs.: As respostas da questão 2.3 equivalem a um score de classificação de porte, respectivamente:

Porte I – 01 a 05 pontos

Porte II – 06 a 12 pontos

Porte III – 13 a 19 pontos

Porte IV – 20 a 27 pontos

2.4. Vínculo com Formação Profissional

- ☐ Hospital Universitário
- ☐ Hospital Não- Universitário, recebe alunos universitários
- ☐ Mantém Residência Médica
- ☐ Mantém Programa de Aperfeiçoamento Profissional Não Médico

2.6. QUANTO À CLIENTELA

2.6.1. Principal Fonte Pagadora

- ☐ SUS
- ☐ MISTO
- ☐ PRIVADO
- ☐ Outras. Especificar: _____

2.7. – QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS

2.7.1. Corpo Médico

Número de Médicos Contratados: _____

Número de Médicos Cadastrados: _____

(Período de referência: _____)

2.7.2 Corpo de Enfermagem:

Número de Enfermeiros: _____

Número de Técnicos de Enfermagem: _____

Número de Auxiliares de Enfermagem: _____

Outros profissionais de enfermagem (especifique) _____

Número Total do Corpo de Enfermagem: _____

(Período de referência: _____)

2.7.3. Outros Profissionais Assistenciais (Número total):

Assistentes Sociais: _____

Biólogos: _____

Biomédicos: _____

Farmacêuticos: _____

Fisioterapeutas: _____

Fonoaudiólogos: _____

Nutricionistas: _____

Psicólogos: _____

Outros profissionais. Especifique:

(Período de referência: _____)

III – CARACTERIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR (anexar organograma)

3.1. Conselho Administrativo

3.1.1. Número de componentes: _____

3.1.2. Cite os critérios para composição do Conselho ou Board:

3.2. Administração Geral (apontar existência)

- ☐ Superintendente / Diretor Geral
- ☐ Diretor / Gerente de Corpo Clínico
- ☐ Diretor / Gerente de Enfermagem
- ☐ Diretor / Gerente de Apoio Técnico e Diagnóstico
- ☐ Diretor / Gerente Financeiro
- ☐ Diretor / Gerente Administrativo
- ☐ Coordenação/ Chefia de Departamentos Clínicos.

Especifique: _____

- ☐ Coordenação/ Chefia de Enfermagem

Especifique: _____

- ☐ Coordenação / Chefia de Farmácia
- ☐ Coordenação / Chefia de Nutrição
- ☐ Coordenação / Chefia de Serviço Social
- ☐ Coordenação / Chefia de Engenharia/Manutenção
- ☐ Coordenação / Chefia de Hemoterapia
- ☐ Coordenação / Chefia de Laboratório Clínico
- ☐ Coordenação / Chefia de Centro Cirúrgico
- ☐ Coordenação / Chefia de Serviço de Imagem
- ☐ Coordenação / Chefia de Métodos Gráficos
- ☐ Coordenação / Chefia de Radioterapia

☐ Outros.
Especifique: _____

3.3.Critério para preenchimento de cargos do Staff Executivo e Gerencial:

3.3.1.Antiguidade/Senioridade:(especificar): _____

3.3.2.Descrição de Cargo ou Função

Superintendente / Diretor Geral

Diretor / Gerente de Corpo Clínico

Coordenação/ Chefia de Enfermagem

Coordenação/ Responsável por Unidade ou Programa de Melhoria da Qualidade

IV – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE/ PROGRAMA/ ATIVIDADES DE MELHORIA DA QUALIDADE HOSPITALAR

4.1. Além do CQH, existem outros Programas de Melhoria da Qualidade implantados no Hospital

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

4.2. Se sim, especificar o nome do Programa:

- ☐ TQM – Gestão da Qualidade Total
- ☐ ISO
- ☐ CQH – Programa de Controle de Qualidade Hospitalar
- ☐ Acreditação Hospitalar – ONA, CBA, Joint Commission
- ☐ 5S
- ☐ CCQ – Círculos de Controle da Qualidade
- ☐ Outros. Especifique: _____

4.3. Independente da participação em Programa de Melhoria da Qualidade, o hospital conta com Comissões de:

- ☐ Ética Médica
- ☐ Controle de Infecção Hospitalar
- ☐ CIPA
- ☐ Revisão e Auditoria do Prontuário do Paciente
- ☐ Revisão e Análise de Óbitos Hospitalares
- ☐ Padronização e Controle de Uso de Fármacos
- ☐ Padronização de Materiais
- ☐ Controle de Tempos de Esperas para Procedimentos
- ☐ Vigilância do Risco (eventos sentinela e eventos adversos)
- ☐ Controle de Queixas/Sugestões de Pacientes/Familiares
- ☐ Controle de Queixas/Sugestões do Corpo Clínico
- ☐ Controle de Queixas/Sugestões de Funcionários
- ☐ Outros. Especifique: _____

4.4. Quanto à responsabilidade/autoridade

4.4.1 O Programa está sendo conduzido por:

- ☐ Diretamente pela Administração Geral do Hospital
- ☐ Comitê especialmente designado
- ☐ Unidade especialmente criada para conduzir o Programa de Atividades de Melhoria da Qualidade Hospitalar.
- ☐ Outros. Especifique: _____

4.5. Quanto à motivação.

4.5.1 A iniciativa de estabelecer um programa de melhoria da qualidade partiu:

- ☐ Governança do Hospital
- ☐ Solicitação do corpo clínico
- ☐ Solicitação da enfermagem
- ☐ Consultoria externa
- ☐ Pressão social após incidentes ou crises resultantes da falta de qualidade hospitalar
- ☐ Outros. Especifique: _____

4.5.2 Ordene por grau de importância os motivos da implantação, deixar em branco as variáveis que não contribuíram para a implantação.

- () Melhorar o clima organizacional
- () Melhorar a assistência prestada
- () Melhorar os processos internos
- () Aumentar a satisfação do usuário
- () Estímulo de programa governamental
- () Atender exigências de financiadores privados de procedimentos médicos
- () Estratégia mercadológica
- () Outros. Especifique _____

4.6. Histórico do hospital em buscar a melhoria de qualidade

4.6.1 Tempo de Implantação

- ☐ Menos de 1 ano,
- ☐ Entre 1 a 3 anos,
- ☐ Entre 3 a 5 anos,
- ☐ Mais de cinco anos,
- ☐ Em implantação

4.6.2 Assinale o principal responsável pela seleção do Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar – CQH.

- ☐ Governança do Hospital
- ☐ Corpo clínico
- ☐ Enfermagem
- ☐ Consultoria Externa
- ☐ Outros. Especifique: _____

4.6.3 Foram utilizados serviços de consultoria externa durante a implantação do Programa?

☐ SIM

☐ NÃO

4.6.4. Durante a implantação ocorreram gastos para adequação ao programa de qualidade?

☐ SIM

☐ NÃO

4.6.5. Caso positivo, assinale as principais áreas onde foram efetuados gastos.

☐ Treinamento

☐ Informatização (hardware + software)

☐ Consultoria

☐ Ambiente Físico

☐ Outros. Especifique: _____

4.6.6 Quanto foi gasto durante a implantação do Programa?

☐ Até R\$ 10.000

☐ R\$ 10.000 à R\$20.000

☐ R\$20.001 à 50.000

☐ Acima de R\$50.000

4.6.7. Especifique a fonte de financiamento para implantação e manutenção do Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar - CQH.

4.6.8. Qual foi o custo do Programa em 2002?

☐ Até R\$ 10.000

☐ R\$ 10.000 à R\$20.000

☐ R\$20.001 à 50.000

☐ Acima de R\$50.000

4.7. Quanto a equipe de condução da Unidade/ Programa/ Atividades

4.7.1. Além do responsável pela Unidade ou Programa de Qualidade quantos funcionários integram esta Unidade?

- ☐ 01 pessoa
- ☐ 02 a 03 pessoas
- ☐ 4 ou mais pessoas

4.7.2. Descreva o perfil dos integrantes da equipe da Unidade ou Programa de Melhoria da Qualidade

Nome completo:

Cargo ou função no hospital: _____

Formação Profissional: _____

Tempo na Instituição: _____

Tempo na Área de Qualidade: _____

Nome completo:

Cargo ou função no hospital: _____

Formação Profissional: _____

Tempo na Instituição: _____

Tempo na Área de Qualidade: _____

Nome completo:

Cargo ou função no hospital: _____

Formação Profissional: _____

Tempo na Instituição: _____

Tempo na Área de Qualidade: _____

4.8. Quanto as características do Programa. Descrever.

4.8.1. Missão _____

4.8.2. Objetivos _____

4.8.3. Processo de Trabalho _____

4.8.4. A Unidade ou Programa de Melhoria de Qualidade utiliza os indicadores mensurados para o CQH.

☐ SIM
☐ NÃO

4.8.5. Além dos indicadores do Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar – CQH são utilizados outros indicadores?

☐ SIM
☐ NÃO

4.8.6. Se sim, assinale em quais grupos de indicadores podem ser classificados os demais indicadores utilizados pela Instituição. Anexe a relação dos mesmos.

☐ Indicadores de Satisfação do Cliente
☐ Indicadores Financeiros
☐ Indicadores de Recursos Humanos
☐ Indicadores de Produtividade
☐ Indicadores de Qualidade
☐ Outros. Especifique: _____

V. Levantamento de Informações sobre o Programa de Melhoria de Qualidade.

<u>ÁREAS</u>	EXISTÊNCIA	ATIVIDADES
I. LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO		
01- Governança Hospitalar		
02- Serviços Administrativos		
03- Garantia de Qualidade		
II. SERVIÇOS PROFISSIONAIS E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA		
04- Corpo Clínico		
05- Enfermagem		

06 - Outros Profissionais		
III. SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO PACIENTE		
07- Internação		
08- Referência e contra- referência		
09- Atendimento Ambulatorial		
10- Emergência		
11- Centro Cirúrgico		
12- Anestesiologia		

13- Obstetrícia		
14- Neonatologia		
15- UTI		
16- Hemoterapia		
17- Reabilitação		
18- Medicina Nuclear		
19- Radioterapia		
IV. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO		

20- Laboratório Clínico		
21- Diagnóstico por Imagens		
22 - Métodos gráficos		
23- Anatomia Patológica		
V. SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO E ABASTECIMENTO		
24- Arquivo Médico		
25- Controle de infecção		
26- Estatística		
27- Farmácia		

28- Nutrição e Dietética		
29- Lavanderia		
30- Materiais e esterilização		
31- Higiene Hospitalar		
32- Segurança e saúde ocupacional		
33- Serviço Social		
VI. SERVIÇOS DE APOIO ADMINISTRATIVO E INFRA_ESTRUTURA		
34- Documentação da planta física		

35- Estrutura físico-funcional		
36- Sistema elétrico		
37- Manutenção geral, controle de resíduos e potabilidade da água		
38- Segurança geral		
VII. ENSINO E PESQUISA		
39- Biblioteca / Informação científica		
40 - Programa de Capacitação (Residência, Estágios, Educação em Serviço, etc.)		

VI. Caracterização da Gerencia de Qualidade do Programa de Melhoria de Qualidade.

OBSERVAÇÃO: ESTA SECÇÃO BUSCA RESPOSTAS OPINATIVAS DOS RESPONSÁVEIS POR UNIDADE OU PROGRAMA DE MELHORIA DE QUALIDADE HOSPITALAR

Para cada tópico é apresentada uma afirmação balizadora que deve orientar a resposta.

1. LIDERANÇA

BALIZADOR 1: Cada um dos participantes da governança do hospital é responsável pela qualidade

*A liderança¹, de forma participativa, reforça a **missão e valores do Hospital**, sinalizando com clareza para todas as partes interessadas os propósitos da organização. Há uma preocupação da **liderança** com questões relacionadas à qualidade e produtividade não apenas quanto à **atividade-meio**, mas também **referentes à atividade-fim**, sendo fortemente orientada para as atividades de garantia de qualidade em todos os serviços prestados ao paciente. São criados mecanismos e estruturas que viabilizem a **gestão participativa** e a integração entre os diferentes colaboradores existentes facilitando a aprendizagem coletiva e permitindo uma flexibilidade capaz de responder às novas necessidades e oportunidades.*

¹ O termo liderança abrange o nível hierárquico mais alto de sua Unidade/ Órgão.

Considerando seu Hospital, avalie os seguintes itens assinalando com um X a resposta mais adequada:

1.1 A missão da Unidade responsável pela Melhoria da Qualidade foi claramente estabelecida e divulgada a todos?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

1.2 A missão da Unidade responsável pela Melhoria da Qualidade leva em conta todas as partes interessadas²?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

1.3. É identificado um conjunto de valores comuns, relativos à melhoria da qualidade hospitalar, partilhado com todos os médicos e não-médicos?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

1.4. A liderança dá o exemplo e encoraja a todos na busca de elevados padrões de qualidade, definindo rumos, estabelecendo metas, prioridades e recursos compatíveis?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

1.5. Os objetivos da Unidade de Melhoria de Qualidade são claros e são facilmente compreendidos pelos funcionários, inclusive como alcançá-los e avaliá-los?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

1.6. A Unidade possui uma abordagem efetiva para o envolvimento de todos os níveis gerenciais e de supervisão em questões relacionadas ao incremento da qualidade?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

1.7. A liderança divulga, para todos, os avanços atingidos relacionados a ações de melhoria da qualidade?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

2 PLANEJAMENTO

² Partes interessadas inclui pacientes, familiares, funcionários, comunidade, sociedade, parceiros e governo.

BALIZADOR 2: *Deve haver um envolvimento da liderança da Unidade/ Órgão no alinhamento de todos os funcionários, docentes ou não, quanto aos rumos da organização relativos a melhoria da qualidade, coerente com a missão e as condicionantes locais. O planejamento deve ser sistemático e participativo, com avaliações periódicas e replanejamentos quando necessário. As ações são priorizadas em função do impacto no atendimento da satisfação das partes interessadas.*

2.1. Expectativas e necessidades de clientes e partes interessadas, para o presente e futuro, são considerados na fixação de metas de curto , médio e longo prazo para melhoria da qualidade?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

2.2. Há um processo de planejamento sistematizado na Unidade/ Órgão?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

2.3. Os planos (operacionais e da qualidade) são desdobrados por todas as Unidades do Hospital?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

2.4. Há o comprometimento dos recursos para a execução dos planos de melhoria de qualidade?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

2.5. Existem reuniões freqüentes para avaliar os resultados e rever os planos operacionais de qualidade em todas as Unidades do Hospital?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

3. FOCO NO PACIENTE

BALIZADOR 3: *o cliente final da melhoria da qualidade hospitalar é o paciente*

A Unidade/ Órgão deve estar comprometida com a melhoria da satisfação de seus clientes³. A Unidade/ Órgão mantém canais efetivos de comunicação entre as funções e esferas internas e os pacientes, estando próxima e atenta a suas expectativas e necessidades atuais e futuras.

3.1. Há um esforço contínuo para identificar os clientes da Unidade de Melhoria da Qualidade, em consonância com a sua missão e objetivos e tendo como foco principal o paciente?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

3.2. As necessidades e expectativas dos clientes foram identificadas, considerando as especificidades de cada grupo?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

3.3. As necessidades e expectativas dos clientes estão refletidas nos indicadores de desempenho adotados?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

3.4. A Unidade/ Órgão mantém uma efetiva comunicação com os clientes, facilitando o acesso a informações e fortalecendo o relacionamento?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

3.5. São criados mecanismos para obtenção de informações indicativas dos níveis de satisfação de clientes e de fatores de insatisfação quanto aos serviços oferecidos?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

3.6. Existem mecanismos que permitam responder rapidamente a mudanças nas necessidades e expectativas dos clientes da Unidade/ Órgão?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

³ Neste item, o termo **cliente** refere-se a todos os clientes externos, além dos pacientes. Inclui: familiares dos pacientes, departamentos médicos e não-médicos, funcionários, sociedade, governo, contribuinte, outras instituições de saúde, etc.

3.7. Existem mecanismos para conhecer a opinião dos diferentes clientes com relação aos serviços oferecidos?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

3.8. Existem mecanismos para conhecer as necessidades e opiniões dos pacientes quanto aos serviços que lhe são prestados?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

4. INFORMAÇÃO E ANÁLISE

BALIZADOR 4: O programa da qualidade e as decisões devem ser direcionados por indicadores, dados e fatos.

Devem ser estabelecidos mecanismos de utilização de dados e informações para a melhoria da qualidade hospitalar. Deve existir um sistema estruturado de coleta e análise de informações e dados a ser utilizado para melhoria contínua da qualidade.

4.1. É adotado um sistema de indicadores de desempenho com relação a qualidade para avaliar as atividades das diferentes Unidades de acordo com planos e metas?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

4.2. No planejamento das Unidades é utilizada uma base de dados e informações integradas e consistentes?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

4.3. Os dados e informações sobre o desempenho administrativo-operacional das Unidades estão disponíveis e são utilizados por todos os envolvidos?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

4.4. Os dados e informações sobre o desempenho administrativo-operacional das Unidades são comparados com dados de outras instituições?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

4.5. É sistematicamente analisado o desempenho global do Hospital e os resultados desta análise são utilizados para melhorar os processos, com forte orientação na prevenção de problemas?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

4.6. São utilizados dados e informações comparativas⁴ quanto à satisfação de clientes de outras instituições com relação as suas Unidades de Melhoria da Qualidade?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

5. DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS

BALIZADOR 5: A Unidade de Melhoria da Qualidade Hospitalar necessita de recursos humanos qualificados para a tarefa.

Deve existir um alinhamento da qualificação e das práticas de recursos humanos⁵ com os planos e estratégias da Unidade.. Devem ser revistos regularmente os requisitos de capacitação de funcionários compatíveis com os objetivos de desempenho da Unidade. Todos os funcionários devem ser incentivados a participar da melhoria do desempenho, do crescimento pessoal e institucional.

5.1. A equipe da Unidade de Melhoria da Qualidade é qualificada para a tarefa que realiza?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

5.2. A equipe é numericamente suficiente para a tarefa que se propõe a realizar?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

⁵ O planejamento de recursos humanos pode incluir: iniciativas de educação e capacitação; definição de critérios de recrutamento e seleção; revisão do sistema de remuneração e reconhecimento compatíveis com desempenho individual ou da equipe; criação ou reformulação de pesquisas com funcionários para melhor avaliar o ambiente de trabalho que contribuem para o alto desempenho ou o iniba; reformulação da estrutura organizacional de trabalho e cargos visando gestão participativa etc

5.3. São avaliadas sistematicamente as necessidades de capacitação e desenvolvimento de funcionários, coerentemente com as necessidades de desempenho e os objetivos de desenvolvimento de médio e longo alcance da Unidade?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

5.4. São conduzidos esforços para melhoria de processos visando aumentar a iniciativa, criatividade e inovação de funcionários, incluindo formas de gestão participativa?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

5.5 São conduzidos esforços de aperfeiçoamento em processos relacionados a valorização do funcionário como forma de incentivar sua motivação e seu orgulho pelo trabalho?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

5.6 São conduzidos esforços de aperfeiçoamento em processos relacionados ao reconhecimento de esforços de funcionários (individuais ou em equipe) quando em consonância com a missão ou metas da Unidade?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

5.7. São conduzidas pesquisas com funcionários para avaliar os fatores do ambiente de trabalho que contribuem ou inibem o melhor desempenho?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

5.8. São estabelecidas prioridades para solução de problemas com funcionários com base no potencial de impacto sobre o desempenho?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6. GESTÃO DE PROCESSOS

BALIZADOR 6: O aperfeiçoamento contínuo dos serviços, produtos e processos deve ser uma atividade cotidiana na Unidade de Melhoria da Qualidade

Deve haver um contínuo monitoramento dos processos, sempre com ênfase na prevenção de problemas potenciais ou reais. Partindo dos objetivos das Unidades identificadas no Hospital, os processos-chaves de trabalho são estabelecidos visando a eficiência, eficácia e adaptabilidade às características e condicionantes de cada Unidade. O desempenho de seus requisitos-chaves deve ser monitorado e, quando aplicável, ações corretivas devem ser adotadas, evitando-se a recorrência de problemas. A cada modificação de processo ou procedimento, deve ser analisado o impacto da modificação nas diferentes áreas.

6.1 Há busca contínua pela melhoria dos processos, caracterizada por metas definidas, factíveis e de pleno conhecimento dos atores envolvidos?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6.2 Existe avaliação quantitativa sistemática das melhorias expressas por medidas e/ou indicadores?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6.3 Na busca contínua pela melhoria de processos está previsto a inclusão dos ciclos de PDCA (planejamento, execução, avaliação)?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6.4. São focalizados primeiramente os processos-chaves como a rota para melhores resultados?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6.5. Existe busca constante por atualização de tecnologias e métodos , especialmente para processos relacionados com as atividades-fim?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6.6. Há um esforço visando a padronização de processos, sendo documentados e divulgados?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6.7. São oferecidos treinamento e suporte para execução adequada dos processos previamente padronizados?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

6.8. São conduzidas auditorias com finalidade de verificar a adequação e cumprimento da padronização dos processos, permitindo identificação e correção de desvios?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

7. PARCERIAS E ALIANÇAS

BALIZADOR 7: Parcerias e alianças devem ser desenvolvidas para a satisfação do cliente final

A Unidade/ Órgão estabelece parcerias internas e externas que melhor atendem à realização de suas metas globais. As parcerias externas incluem relacionamentos duradouros com outras instituições hospitalares e institutos de pesquisa em qualidade da atenção médico-hospitalar.

7.1. Através de participação ativa e articulação com outras instituições de pesquisa e ensino ou outros organismos, a instituição busca sistematicamente contribuir para o aperfeiçoamento de todo o sistema de melhoria da qualidade hospitalar?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

7.2. Existem parcerias para a capacitação dos recursos humanos da Unidade de maneira continuada?

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

7.3. Já ocorreu a disseminação dos processos e métodos para outros hospitais.?Deverão ser apontados quais.

☐ Não ☐ Parcialmente (pouco) ☐ Consideravelmente ☐ Completamente

ANEXO 11 – PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,
Considerando a grande quantidade e diversidade de instituições hospitalares existentes no País, vinculadas ao Sistema Único de Saúde;
Considerando a necessidade de estabelecer políticas e planejamento de ações específicas, a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde na área hospitalar, e que estas sejam compatíveis com as características de cada hospital integrante do Sistema;
Considerando as diferentes características destes hospitais, especialmente no que diz respeito ao número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, dentre outras;
Considerando que somente a análise do conjunto destas características permitirá identificar as semelhanças para estabelecer uma classificação, visando sua inserção no Sistema Único de Saúde, definindo o grau de complexidade de sua gestão, o nível de responsabilidade sanitária e direcionamento assistencial;
Considerando que a classificação hospitalar se dará a partir do agrupamento dos hospitais com características semelhantes, sistematizando, desta forma, o conhecimento sobre grupos de hospitais e facilitando a adoção de políticas e de planejamento já citadas;
Considerando as sugestões apresentadas à Secretaria de Assistência à Saúde no processo promovido pela Consulta Pública SAS/MS n.º 03, de 14 de maio de 2002 – Anexo I, e
Considerando que uma classificação deva refletir fielmente a realidade de cada uma das instituições hospitalares e que esta realidade tenha relação direta com as informações cadastrais disponíveis sobre cada instituição, resolve:

Art. 1º Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A classificação cujo sistema é ora estabelecido será aplicada aos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, ordenando-os, de acordo com suas características, em um dos seguintes Portes:

- a - Hospital de Porte I;
- b - Hospital de Porte II;
- c - Hospital de Porte III;
- d - Hospital de Porte IV.

Art. 2º Determinar que a classificação de cada hospital se dará segundo seu enquadramento em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria, de acordo com o somatório de pontos obtidos nos respectivos intervalos de pontos estabelecidos para cada Porte.

Art. 3º Determinar que o enquadramento de cada hospital em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria se dará respeitando o intervalo de pontos atribuídos para cada Porte, conforme definido no Artigo 4º desta Portaria, considerando o somatório da pontuação alcançada como resultado da aplicação dos itens de avaliação, definido pela seguinte Tabela de Pontuação:

PONTOS POR ITEM	ITENS DE AVALIAÇÃO							PONTOS TOTAIS
	A N. ° DE LEITOS .	B LEITOS DE UTI	C TIPO DE UTI	D ALTA COMPLE- XIDADE	E URGÊN- CIA/ EMER- GÊNCIA	F GESTA- ÇÃO DE ALTO RISCO	G SALAS CIRÚR- GICAS	
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto Atendimen- to	-----	Até 02	Mínimo 1
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/ Emergên- cia	Nível I	Entre 03 e 04	Máximo 27
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-----	Acima de 08	

§ 1º A verificação do cumprimento dos Itens de Avaliação estabelecidos na Tabela de Pontuação definida no caput deste Artigo e sua respectiva pontuação serão realizadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, no momento da Classificação Hospitalar, por meio de consulta ao Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, criado pela Portaria SAS/MS N.º 511, de 29 de dezembro de 2000, disponível no Departamento de Informática do SUS - DATASUS;

§ 2º A pontuação dos hospitais, para fins de classificação, terá como base a Tabela de Pontuação e serão realizados pela atribuição dos respectivos números de pontos previstos nas colunas denominadas “Pontos por Item” e identificadas pelas letras de “A” a “G”, em cada um dos “Itens de Avaliação”, sendo que o somatório dos pontos obtidos será utilizado, segundo os intervalos de pontuação estabelecidos no Artigo 4º desta Portaria, para enquadramento do Hospital em seu correspondente Porte;

§ 3º A avaliação e enquadramento dos hospitais, no momento da Classificação Hospitalar, em cada um dos “Itens de Avaliação” se dará de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos:

Leitos Cadastrados: Coluna “A”- será considerado o quantitativo total dos leitos existentes no hospital cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, contratados ou não pelo SUS;

Leitos de UTI: Coluna “B” - será considerado o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;

Tipo de UTI: Coluna “C” - será considerado o cadastramento de UTI no Sistema Único de Saúde de acordo com seu Tipo II ou III (conforme Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998), sendo que na hipótese da existência de mais de uma unidade

cadastrada, será pontuada apenas uma delas - aquela que corresponder ao maior número de pontos;

Alta Complexidade: Coluna “D” - será considerado o quantitativo de serviços de alta complexidade existentes no hospital e devidamente cadastrados/contratados pelo SUS, podendo ser computados para tanto: Serviços/Centros de Alta Complexidade em Assistência Cardiovascular (não serão computados Hospitais Gerais com Serviço de Implante de Marcapasso Permanente), tratamento das Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumatismo-Ortopedia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia Bariátrica e Transplantes (considerar como 1 sistema o cadastro para realização de transplante de cada tipo de órgão);

Urgência/Emergência: Coluna “E” - será considerada a existência (1) de Serviço de Pronto Atendimento nas 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da especialidade(s) oferecida no caso de hospitais especializados, ou (2) de Serviço de Urgência e Emergência com atendimento nas 24 horas do dia, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia, todos disponíveis para o SUS, ou ainda (3) a existência de Serviço de Urgência e Emergência cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, em Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;

Gestação de Alto Risco: Coluna “F” - será considerada a existência de Serviço de Atendimento de Gestação de Alto Risco cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS Nº 3477, de 20 de agosto de 1988, como Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento à Gestação de Alto Risco, de acordo com seus respectivos Níveis I e II;

Salas Cirúrgicas: Coluna “G” - será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no hospital.

Art. 4º Estabelecer que o total de pontos obtido, resultante da aplicação da Tabela de Pontuação constante do Artigo 3º, levará ao enquadramento dos hospitais no Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde em seu correspondente Porte, de acordo com o definido no Artigo 1º e em conformidade com o que segue:

Porte I - de 01 a 05 pontos

Porte II - de 06 a 12 pontos

Porte III - de 13 a 19 pontos

Porte IV - de 20 a 27 pontos

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde, utilizando-se dos dados do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponível no DATASUS e dos critérios estabelecidos nesta Portaria, classifique, em seus respectivos Portes, todos os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

§1º Aquelas instituições que realizam internações de pacientes e dispõem de 05 a 19 leitos instalados e informados no Banco de Dados mencionado no caput deste Artigo não serão objetos da Classificação Hospitalares ora estabelecida, passando estas instituições a serem consideradas e denominadas pelo Ministério da Saúde como Unidades Mistas de Internação - UMI, sendo que a Secretaria de Assistência à Saúde, em ato próprio, deve definir o perfil assistencial destas Unidades;

§ 2º Aquelas instituições que disponham de 05 a 19 leitos instalados e realizem atendimento especializado, desde que cumpridos os respectivos requisitos técnicos para tal, e sejam devidamente cadastradas no Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS nas especialidades de cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, tratamento da AIDS e serão enquadradas, para fins de Classificação Hospitalar, no Porte I;

§ 3º Aquelas instituições que disponham de 19 ou menos leitos instalados e cadastradas em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, serão enquadradas como Unidades de Hospital-Dia.

Art. 6º Definir que aquele hospital cujo enquadramento no respectivo Porte da Classificação Hospitalar realizada pelo Ministério da Saúde não coincidir com a efetiva realidade dos serviços deste hospital, poderá solicitar à Secretaria de Assistência à Saúde sua reclassificação;

§ 1º Para solicitar reclassificação, o hospital deverá providenciar junto ao respectivo gestor do SUS, o preenchimento/atualização de sua Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde, conforme modelo aprovado pela Portaria SAS/MS n.º 511/2000, que deverá ser implantada no DATASUS, e enviar cópia desta Ficha, devidamente autorizada e assinada pelo respectivo gestor, à Secretaria de Assistência à Saúde, comprovando desta forma o enquadramento no Porte de classificação pretendido.

Art. 7º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias ao pleno cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

Portaria nº 3432 12 DE AGOSTO DE 1998.

ESTABELECE CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA AS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO – UTI

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando: a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, e a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível, resolve:

Artº. 1º Estabelecer critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo – UTI.

Art. 2º - Para as finalidades desta Portaria, as Unidades de Tratamento Intensivo serão classificadas em tipo I, II e III.

§ 1º - As unidades atualmente cadastradas pelo SUS, a partir da vigência desta Portaria, serão classificadas como tipo I.

§ 2º - As unidades que comprovarem o cumprimento das especificações do anexo desta Portaria, poderão ser credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas.

Art. 3º - A partir da data de publicação desta portaria, serão cadastradas somente unidades do tipo II ou III.

Art. 4º - Fica revogada a Portaria GM/MS/Nº 2918, de 9 de junho de 1998, publicada no DOU nº111, de 15 de junho de 1998, e as demais disposições em contrário.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO

1. Disposições Gerais:

1.1. As Unidades de Tratamento Intensivo devem atender às disposições da Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O nº 237, de 15 de dezembro de 1994.

1.2. São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

1.3. Estas unidades podem atender grupos etários específicos; a saber:

Neonatal – atendem pacientes de 0 a 28 dias;

Pediátrico – atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;

Adulto – atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas.;

Especializada – voltadas para pacientes atendidos por determinada

especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças.

1.4. Todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais.

1.5. Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal.

2 – Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II:

2.1. Deve contar com equipe básica composta por:

- -um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica;
- -um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde;
- -um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração;
- -um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- -um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho;
- -um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde;
- -um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;
- -um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;
- -acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

2.2. O hospital deve contar com

- -laboratório de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia;
- -agência transfusional disponível nas 24 horas do dia;
- -hemogasômetro;
- -ultra-sonógrafo;
- -eco-doppler-cardiógrafo;
- -laboratório de microbiologia;
- -terapia renal substitutiva;
- -aparelho de raios-x-móvel;
- -serviço de Nutrição Parenteral e enteral;
- -serviço Social
- -serviço de Psicologia;

2.3 O hospital deve contar com acesso a:

- -estudo hemodinâmico;
- -angiografia seletiva;
- -endoscopia digestiva;
- -fibrobroncoscopia;
- -eletroencefalografia.

2.4. Materiais e Equipamentos necessários:

- -cama de Fawler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente;
- -monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;
- -carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, dois para cada dez leitos ou fração;
- -ventilador pulmonar com misturador tipo blender, um para cada dois leitos, devendo um terço dos mesmos ser do tipo microprocessado;
- -oxímetro de pulso, uma para cada dois leitos;
- -bomba de infusão, duas bombas por leito;
- -conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito;
- -conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmomanômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), um para cada leito;
- -bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia;
- -monitor de pressão invasiva;
- -marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade;
- -eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade;
- -maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte;
- -máscaras com venturi que permita diferentes concentrações de gases;
- -aspirador portátil;
- -negatoscópio;
- -oftalmoscópio;
- -otoscópio;
- -Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- -cilindro de oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;
- -conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, um para cada quatro leitos, no caso de UTI neonatal, um para cada dois leitos;
- -capacete para oxigênio-terapia para UTI pediátrica e neonatal;
- -fototerapia, um para cada três leitos de UTI neonatal;
- -Incubadora com parede dupla, uma por paciente de UTI neonatal;
- -balança eletrônica, uma para cada dez leitos na UTI neonatal

2.5. Humanização:

- -climatização;
- -iluminação natural;
- -divisórias entre os leitos
- -relógios visíveis para todos os leitos;
- -garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito;
- -garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.

3. As Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III, devem , além dos

requisitos exigidos para as UTI tipo II, contar com:

- 3.1. Espaço mínimo individual por leito de 9m², sendo para UTI Neonatal o espaço de 6m² por leito;
- 3.2. Avaliação através do APACHE II se for UTI adulto, o PRISM II se UTI Pediátrica e o PSI modificado se UTI neonatal.
- 3.3. Além de equipe básica exigida pela a UTI tipo II, devem contar com:
 - -um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB);
 - -enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho;
 - -fisioterapeuta exclusivo da UTI;
 - -acesso a serviço de reabilitação
- 3.4. Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condição de realizar os exames de:
 - -tomografia axial computadorizada;
 - -anatomia patológica;
 - -estudo hemodinâmico;
 - -angiografia seletiva;
 - -fibrobroncoscopia;
 - -ultra-sonografia portátil.
- 3.5. Além dos materiais e equipamentos necessários para as UTI tipo II, o hospital deve contar com:
 - -Metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal;
 - -monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos;
 - -equipamento para ventilação pulmonar não invasiva;
 - -capnógrafo;
 - -equipamento para fototerapia para UTI Neonatal, um para cada dois leitos;
 - -marcapasso transcutâneo

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Portaria GM nº 479, de 15/04/1999 (*)

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a importância do atendimento hospitalar na assistência ao paciente em situações de urgência e emergência;
- a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, de que trata a Portaria GM/MS/Nº 2923, de 09 de junho de 1998, publicada no DO nº 111, de 15 de junho de 1998;
- a necessidade de organização dessa assistência e de incentivo ao compromisso de melhoria da qualidade do atendimento à população;
- os diferentes níveis de incorporação tecnológica entre as várias regiões brasileiras, e
- a necessidade de estabelecer critérios que avancem na direcionalidade e concepção de rede regionalizada e hierarquizada dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, resolve:

Art. 1º - Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Art. 2º - Estabelecer os seguintes critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que farão jus à remuneração adicional estabelecida no Art. 4º:

a) Hospitais Tipo I – são hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia.

Devem dispor de:

. área física e instalações – compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.

. recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital para o atendimento das urgências/emergências especializados em:

Cardiologia:

radiologia convencional;

análises clínicas laboratoriais;

eletrocardiografia;

ultra-sonografia;

ecocardiografia;

hemodinâmica;

angiografia;

cirurgia cardiovascular;

unidade de terapia intensiva;

agência transfusional, e

anestesiologia.

- Pediatria:

radiologia convencional;
análises clínicas laboratoriais;
eletrocardiografia;
ultra-sonografia;
unidade de terapia intensiva;
cirurgia pediátrica, e
anestesiologia.

- Traumatologia-ortopedia:
radiologia convencional;
análises clínicas laboratoriais;
intensificador de imagem, e
anestesiologia.

. outros recursos tecnológicos acessíveis e/ou alcançáveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação do prestador, próprios dos hospitais de:

- Cardiologia:
tomografia computadorizada

- Pediatria:
agência transfusional;
tomografia computadorizada;
broncoscopia, e
endoscopia.

- Traumatologia-ortopedia:
tomografia computadorizada;
cirurgia vascular;
cirurgia bucomaxilofacial;
cirurgia geral;
neurocirurgia, e
agência transfusional.

. recursos humanos mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências específicas nas áreas de:

- Cardiologia:
cardiologista;
hemodinamicista;
angiografista;
cirurgião cardiovascular;
intensivista;
ecocardiografista;
imagenologista, e
anestesiologista

- Pediatria:
pediatra;
intensivista;
cirurgião pediátrico, e
anestesista.

- Traumato-ortopedia:

ortopedista e traumatologista;

clínico geral;

anestesista.

. outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:

- Cardiologia:

imagenologista, e

hematologista.

- Pediatria:

imagenologista;

hematologista;

broncoscopista;

endoscopista, e

neuropediatria.

- Traumato-ortopedia:

imagenologista;

cirurgião vascular;

cirurgião bucomaxilofacial;

cirurgião geral;

neurocirurgião, e

hematologista.

b) Hospitais Tipo II – são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

Devem dispor de:

. área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica.

. recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis existentes no hospital - para propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência, a saber:

- radiologia convencional;

- ultra-sonografia;

- análises clínicas laboratoriais;

- eletrocardiografia;

-terapia intensiva;

-tomografia computadorizada;

-endoscopia;

agência transfusional;

anestesiologia.

. outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber:

- broncoscopia;

- hemodinâmica;

- angiografia;
- ecocardiografia, e
- terapia renal substitutiva,
- . recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:
 - clínica médica;
 - clínica pediátrica;
 - cirurgia geral;
 - ortopedia e traumatologia;
 - anestesia, e
 - tratamento intensivo.
- . outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:
 - oftalmologia;
 - endoscopia;
 - broncoscopia;
 - otorrinolaringologia;
 - cardiologia;
 - odontologia;
 - hemodinâmica;
 - neurologia;
 - neurocirurgia;
 - angiografia;
 - psiquiatria;
 - gineco-obstetrícia;
 - hematologista, e
 - cirurgia pediátrica.

c) Hospitais Tipo III – são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

Devem dispor de:

- . área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como pequenas, médias ou grandes urgências/emergências, de natureza clínica ou cirúrgica;
- . recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital, a saber:
 - análises clínicas laboratoriais;
 - radiologia convencional;
 - ultra-sonografia;
 - eletrocardiografia;
 - unidade de terapia intensiva;
 - tomografia computadorizada;

- agência transfusional;
- endoscopia;
- broncoscopia;
- terapia renal substitutiva;
- anestesiologia;
- Neurocirurgia, e
- Ecocardiografia.
- . outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber:
 - hemodinâmica, e
 - angiografia
- . recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados nas áreas de:
 - clínica médica;
 - clínica pediátrica;
 - cirurgia geral adulto e pediátrico;
 - ortopedia e traumatologia;
 - anestesia;
 - terapia intensiva;
 - odontologia;
 - Radiologia;
 - Cardiologista, e
 - neurologista
- . outros recursos humanos - alcançáveis, mediante indicação dos profissionais, capacitados nas áreas de:
 - cirurgia vascular;
 - toxicologia;
 - oftalmologia;
 - hemodinâmica;
 - angiografia;
 - endoscopia digestiva;
 - broncoscopia;
 - otorrinolaringologia;
 - cirurgia bucomaxilofacial.;
 - cirurgia plástica;
 - gineco-obstetrícia;
 - psiquiatria;
 - cirurgia torácica, e
 - neurocirurgia.

Parágrafo Único - Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional.

Art. 3º - Determinar que as Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do art. 2º desta Portaria e participarem das Centrais de Regulação ou de Mecanismos de Garantia de Referência, passem a dispor das condições para integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Art. - 4º - Estabelecer que os hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências receberão remuneração adicional, relativa aos procedimentos de internação hospitalar de emergência listados no anexo I dessa Portaria, de conformidade com a seguinte classificação e respectivos percentuais:

- . Hospital Tipo I – 20%;
- . Hospital Tipo II – 35%, e
- . Hospital Tipo III – 50%.

Parágrafo Único - Os atendimentos às urgências/emergências psiquiátricas somente farão jus à remuneração adicional quando realizadas nos hospitais gerais, sejam tipo II ou III.

Art. 5º - Definir que para a efetivação do pagamento do adicional, de que trata o Artigo 4º, deverá ser lançado no campo específico da AIH para CARÁTER DE INTERNAÇÃO, o dígito 2 - Emergência em Unidade de Referência.

Art. 6º - Definir os procedimentos passíveis de cobrança, na forma dos artigos anteriores, os quais constam do anexo desta Portaria.

Parágrafo Único - A Secretaria de Assistência à Saúde fica autorizada a emitir portarias, incluindo ou excluindo procedimentos objeto deste artigo.

Art. 7º - Determinar que o gestor estadual/municipal deverá realizar supervisão nas AIH emitidas, bem como programar e executar a realização de auditorias.

Art. 8º - Definir que o adicional de que trata o artigo 4º desta Portaria não será cumulativo com o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E, objeto da Portaria GM/MS/1692/95.

Art. 9º - Esclarecer que não serão passíveis de adicional as órteses, próteses e materiais especiais, hemoterapia e procedimentos de alta complexidade em Neurocirurgia, constantes da Portaria/GM/MS/Nº 2922/98 e dos demais sistemas de alta complexidade.

Art. 10 – Estabelecer que cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências contará com um número máximo de Unidades Hospitalares Tipos I, II e III, a ser definido pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS, com base em estudos realizados em conjunto com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, em indicadores populacionais e disponibilidade de recursos.

Art. 11 – Determinar que cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à Secretaria de Assistência à Saúde que, após análise, providenciará o correspondente reajuste financeiro.

Art. 12 – Esclarecer que a classificação dos hospitais, bem como sua conseqüente remuneração adicional, é dinâmica, pressupondo, portanto, que as Comissões Intergestores Bipartite possam solicitar reenquadramento de unidades à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS.

§ 1º - Nos casos de reavaliação, a mesma será efetuada considerando o cumprimento integral do disposto nessa Portaria, assim como a disponibilidade de recursos.

§ 2º - Caso as Secretarias Estaduais de Saúde já tenham enviado a relação de unidades hospitalares para habilitação, com base nos critérios exigidos pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98, revogada pelo Art. 15 deste ato, e não tenham solicitado alteração no prazo de 30 (trinta) dias, a SAS/MS procederá à análise documental e à visita de inspeção, definindo a classificação de acordo com os critérios dessa portaria.

§ 3º - Para efeito de programação e elaboração dos projetos, o Ministério da Saúde deverá informar a cada Estado os recursos financeiros estimados para remuneração adicional de custeio.

Art. 13 – Determinar que as Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde realizarão avaliações semestrais nas Unidades, podendo solicitar o descredenciamento, caso seja constatado o não cumprimento das exigências desta portaria.

Art. 14 – Definir que nos casos em que todas as unidades indicadas já sejam dotadas dos requisitos de qualificação tecnológica exigidos para as unidades hospitalares do tipo III, parcela dos recursos de investimento poderá ser utilizada em unidades hospitalares estratégicas, que façam parte do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, medida que deverá ser devidamente justificada pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pela SAS/MS.

Art. 15 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Portaria GM/MS/Nº 2.925, de 09 de junho de 1998, publicada no DO nº 111, de 15 de junho de 1998.

JOSÉ SERRA

(*) Publicada no D.O.U. de 16/04/1999, seção 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA N.º 3.477, DE 20 DE AGOSTO DE 1998

DO 160, DE 21/8/98

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a importância de acompanhamento do atendimento perinatal, visando à redução do índice de morbimortalidade materna e neonatal;
- a importância do atendimento hospitalar na assistência à gestante de alto risco, e
- a necessidade de organização dessa assistência para assegurar uma melhor qualidade no atendimento à gestante de Alto Risco, resolve:

Art. 1º Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.

Art. 2º - Os Sistemas deverão contar com unidades de referência terciária e secundária, buscando hierarquizar os diversos níveis de complexidade no atendimento à gestante de alto risco.

§ 1º - Entende-se, para efeito desta portaria, como unidade de referência terciária, a unidade que disponha de leitos, preferencialmente, para gestante de alto risco referenciadas pela unidade secundária do sistema.

§ 2º - Entende-se, para efeito desta portaria, como unidade de referência secundária, a unidade habilitada para identificação do risco que necessite de encaminhamento à unidade de referência terciária.

§ 3º - As unidades terciárias poderão implantar Casas da Gestante de Alto Risco, como unidades de apoio, que farão parte do Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco.

Art. 3º - Estabelecer os seguintes critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento Terciário à gravidez de alto risco:

- I – Apresentar índices de cesariana menor ou igual a 40%;
- II – Manter Comitê de Estudo de Mortalidade Materna implantado e atuante, informando ao gestor estadual, semestralmente, os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados;
- III – Manter Comitê de Estudo de Mortalidade Neonatal implantado e atuante, informando ao gestor estadual, semestralmente, os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados;
- IV – Manter Comissão de Infecção Hospitalar implantada e atuante, informando ao gestor estadual, semestralmente os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados;
- V – Manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para as centrais de vagas ou regulação, de acordo com a organização do sistema (municipal ou estadual);
- VI – Manter serviço de assistência pré-natal e de planejamento familiar à gestante de alto risco;

VII – Dispor de infra-estrutura física para o atendimento à gestante de alto risco, de acordo com a Portaria GM/MS/Nº 1884, de 11/11/94, incluindo os seguintes itens:

Isolamento para infecção pós-parto e pós-curetagem e outras doenças infecto-contagiosas

Unidade de avaliação de bem estar fetal

Banco de leite materno

Unidade de Terapia Intensiva Adulto (6% dos leitos em relação do total de leitos existentes)

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (5% dos leitos em relação aos leitos obstétricos).

VIII – Serviços próprios de diagnóstico e terapia nas 24 horas, com:

Ultrassonografia com Doppler

Radioimagem

Eletrocardiografia

Cardiotocografia

Serviço de avaliação de maturidade pulmonar fetal

Laboratório clínico (no mínimo hematologia, bioquímica, gasometria, sorologia)

Agência transfusional / Banco de sangue

IX – Garantir o acesso a Serviços de:

Tomografia computadorizada

Ecocardiografia

Laboratório de dosagem hormonal (no mínimo beta HCG, Prolactina, T3, T4 TSH)

Laboratório de citogenética

Anatomia patológica

X – Além de dispor de equipe técnica para atendimento resolutivo em clínica e cirurgia obstétrica, neonatologia, UTI adulto e UTI neonatal, a Unidade deve dispor de equipe interdisciplinar de atenção à gestante de alto risco constituída dos seguintes profissionais:

Neurologista

Cardiologista

Endocrinologista

Nefrologista

Cirurgião Geral

Clínico Geral

Ultrassonografista

Enfermeiro

Assistente Social

Farmacêutico

Psicólogo

Nutricionista

Neurocirurgião

Art. 4º - Estabelecer os seguintes critérios para as Casas da Gestante de Alto Risco, de que trata o § 3º, do artigo 2º:

I – Servir de apoio às necessidades assistenciais da gestante de alto risco

II – Dispor de área física própria com:

Recepção/sala de estar de atividades ocupacionais

Quartos com no máximo 04 leitos

Sala de Exame ou consultório

Banheiros

Cozinha

Área de Lazer

III – Dispor de equipe mínima, composta dos seguintes profissionais:

Médico Obstetra para rotina diária

Enfermeiro

Assistente Social

Art. 5º - Estabelecer os seguintes critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco:

I – Manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de vaga ou regulação, de acordo com a organização do sistema (municipal ou estadual);

II – Dispor de infra-estrutura para unidade de assistência neonatal, com os equipamentos mínimos definidos abaixo, de acordo com as normas e regulamentos aplicáveis:

Incubadora dupla parede

Berço aquecido

Berço comum

Fototerapia

Ventilador Neonatal

Ambú/máscara

Incubadora de transporte

III – Dispor de infra-estrutura física para o atendimento de emergência em obstetrícia e neonatologia 24 horas, de acordo com a Portaria GM/MS/Nº 1884, de 11/11/94.

IV – Serviços próprios de diagnóstico e terapia, com:

Ultrasonografia

Laboratório Clínico (no mínimo hematologia, bioquímica, gasometria)

Cardiotocografia

Eletrocardiografia

Agência Transfusional

Radiologia

V – Garantir acesso a serviços de atenção terciária à gestante de alto risco.

VI – Contar com equipe mínima permanente de assistência à gestante, composta dos seguintes profissionais:

Obstetra

Anestesiologista

Neonatologista

Clínico Geral

Enfermeira

Nutricionista

Assistente Social

Art. 6º - As unidades hospitalares que preencherem os requisitos constantes dos art. 3º, 4º e 5º, passam a dispor das condições necessárias para integrarem os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco.

Art. 7º - Os hospitais cadastrados deverão apresentar à SES/SMS, a comprovação da existência dos itens I, II, III, IV, V e IV do Art. 3º desta portaria, para unidades terciárias e dos itens I, II, III, IV, V e VI do Art. 5º, para as unidades secundárias.

Art. 8º - Nos casos de necessidade de assistência à gestante e ao recém nascido em Unidade de Terapia Intensiva, deverão ser seguidos os critérios estabelecidos na Portaria GM/MS/Nº 3432, de 12/08/98.

Art. 9º - Incluir na Tabela SIH/SUS, os grupos de procedimentos abaixo relacionados, a serem realizados por hospitais especificamente cadastrados, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria:

3.100.08.7 – Cirurgia Obstétrica VIII

35.027.01-0 – Parto normal em gestante de alto risco

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
164,40	222,86	2,30	399,56	870	244	02

35.100.09.5 – Cirurgia Obstétrica IX

35.028.01.7 – Cesariana em gestante de alto risco

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
360,60	222,86	4,22	587,68	669	244	03

Art. 10 – Nos valores constantes do artigo 9º estão incorporados os fatores de recomposição de 25% (vinte e cinco por cento), previstos na Portaria GM/MS/Nº 2.227, de 22/11/95.

Art. 11 – Cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento à Gestante de Alto Risco contara com um número máximo de hospitais terciários e secundários a ser definido pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS, a partir de estudos realizados em conjunto com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 12 – Cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento de propostas de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto risco à Secretaria de Assistência à Saúde que, após análise e aprovação, providenciará a correspondente recomposição no teto financeiro estadual.

Art. 13 – As Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde realizarão reavaliações semestrais nas unidades, podendo solicitar o descadastramento específico do sistema, caso seja constatado o não cumprimento das exigências desta portaria.

Art. 14 – Fica revogada a Portaria GM/MS/Nº 3018/98, de 19.06.98, publicada no DO nº 116, de 22/06/98.

Art. 15 – Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

**ANEXO III – SINOPSE DAS ATIVIDADES DAS ATIVIDADES
DE MELHORIA DA QUALIDADE DESCRITAS PELOS
ENTREVISTADOS.**

1. Liderança e Administração

1.1 Governança Hospitalar

Hospital B

- Reuniões mensais da Governança registradas em Ata.

Hospital C

- Treinamentos internos e externos.

Hospital D

- Centralização do acompanhamento dos indicadores na liderança.
- Reuniões mensais ou quinzenais registradas em ATA.
- Treinamentos internos e externos.

Hospital E

- Treinamentos internos e adoção de *coaching*.
- Certificação ISO 9000.

Hospital G

- Desenvolvimento de planos de ação, estratégias alinhadas com os programas de qualidade, metas e indicadores.
- Revisão dos processos institucionais.

Hospital H

- Investimento em programas de qualidade com manutenção da 3.^a confirmação do selo.
- Análise e seleção de ferramentas da qualidade.

Hospital I

- Contratação de novos profissionais.
- Liderança com participação ativa e enfoque na gestão da qualidade.
- Acompanhamento mensal dos indicadores.

1.1. Serviços Administrativos

Hospital B

- Formação de comitê composto pelas lideranças administrativa e assistencial para “impulsionar a qualidade”.
- Reuniões semestrais com gerentes e supervisores

Hospital C

- Supervisão dos serviços administrativos terceirizados. Remuneração destes serviços está vinculada ao alcance de metas expressas por indicadores de qualidade.

Hospital D

- *Benchmarking* com hospitais de porte semelhante.
- Treinamento e capacitação em geral.

Hospital F

- Reorganização de processos com base em treinamentos ministrados por consultoria externa para análise de processos internos.

Hospital G

- Revisão de processos com ênfase em recursos humanos, contratação de consultoria externa para auxiliar neste esforço.

Hospital H

- Reorganização dos processos, revisão das responsabilidades e adequação da estrutura organizacional.
- Líderes formados como auditores e visitantes do CQH.

Hospital I

- Redimensionamento de quadro com aumento de pessoal.
- Treinamentos enfocando “Cultura e Formalização da Qualidade”

1.2 Garantia da Qualidade

Hospital B

- Realização de pesquisas de opinião de clientes internos e externos.

Hospital D

- Incorporação da garantia de qualidade pela “liderança”.

Hospital E

- Auditorias internas semestrais executadas por cerca de 80 auditores multidisciplinares.
- Auditoria de fornecedores.
- Acompanhamento de pesquisas de opinião de clientes internos e externos.
- Acompanhamento de ações corretivas e preventivas.

Hospital F

- Promoção de palestras sobre qualidade para os colaboradores. Enfoque nos programas PNGS, CQH e Indicadores Hospitalares.

Hospital G

- Contratação de consultoria externa para revisão dos processos de qualidade com vistas à certificação ISO.

Hospital H

- Participação e promoção de treinamentos direcionados para a área de qualidade.

Hospital I

- Contratação de profissional exclusivo para atividades de garantia da qualidade.

2. Serviços Profissionais e Organização da Assistência Médica

2.1. Corpo Clínico

Hospital B

- Representantes do corpo clínico com atuação em consultoria externa sobre gestão hospitalar.

Hospital C

- Representantes do corpo clínico com participação em Comissões Técnicas.
- Acompanhamento do indicador relacionado com número de visitas médicas após as 11 horas.

Hospital D

- Treinamento e reciclagem. Exemplo: Formação em ACLS.
- Custeio para o corpo clínico de cursos e participação em Congressos.

Hospital E

- Pesquisa de satisfação dos médicos em relação ao Centro Operatório.

Hospital F

- Promoção de cursos e palestras para área médica.
- Realização de videoconferências sobre cirurgias.
- Intercâmbio técnico com o Japão.

Hospital G

- Organização periódica de eventos para transmissão aos novos integrantes de regras estatutárias.

Hospital H

- Diretoria clínica com participação efetiva na Comissão de Qualidade e atuando como interlocutor da qualidade junto ao Corpo Clínico.

Hospital I

- Integração da Comissão de Prontuários com corpo clínico para melhorar o preenchimento.

2.2. Enfermagem

Hospital B

- Participação em Comitês de caráter técnico e administrativo, inclusive CIPA.

Hospital C

- Acompanhamento de indicadores de qualidade como queda de leitos, incidência de escara, entre outros.

Hospital D

- Treinamento e reciclagem de enfermeiros.
- Custeio de cursos e participação em Congressos.

Hospital E

- Promoção de treinamentos e acompanhamento de indicadores.

Hospital F

- Participação em auditorias de qualidade.
- Acompanhamento de ações corretivas relacionadas a processos de enfermagem.
- Educação continuada para profissionais de enfermagem – CEC.
- Participação na SIPAT.
- Promoção e coordenação de treinamentos e palestras para técnicos e auxiliares de enfermagem.

Hospital G

- Sistematização e revisão dos processos de enfermagem por meio de normalização e implantação de protocolo.

Hospital H

- Implantação do “Prime Nursing” visando a melhorar controles e processos.

Hospital I

- Educação continuada e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem.
- Revisão e melhoria de processos de enfermagem. Exemplo: instalação de nutrição parenteral.
- Revisão dos manuais de normas da enfermagem baseado no modelo ISO.

2.3. Outros Profissionais

Hospital C

- Implantação de indicadores, como índice de desperdício de filme.

Hospital D

- Promoção de treinamentos em geral para profissionais administrativos e área assistencial.

Hospital F

- Custeio de cursos para profissionais da engenharia clínica.
- Promoção de cursos multidisciplinares com foco no atendimento do paciente cardiológico.

Hospital G

- Integrações com profissionais terceirizados para transmissão das regras de conduta da instituição.

Hospital H

- Representação em Comissão de Qualidade.

3. Serviços de Atenção ao Paciente

3.1. Internação

Hospital C

- Mensuração e gestão de indicadores como tempo de espera para internação, tempo de higienização do leito, visitas após as 11 horas, entre outros.
- Criação de uma central de resoluções para atendimento de clientes externos.

Hospital D

- Treinamento visando à melhoria do registro de internação.
- Cursos “in company” sobre apresentação pessoal, redação e comunicação, humanização.

Hospital E

- Acompanhamento da pesquisa de satisfação do cliente e seus indicadores.

Hospital F

- Elaboração e revisão de manuais de rotinas, visando a garantir o cumprimento dos processos normalizados.
- Acompanhamento de indicadores como tempo de higienização e tempo de espera.

Hospital G

- Mensuração e gestão de indicadores “nós críticos”.

Hospital H

- Criação de uma Comissão de Hotelaria.
- Implantação do *Prime Nursing*.
- Adequação do ambiente físico conforme orientações da CCIH.

Hospital I

- Contratação de psicólogos.
- Reforma da planta física.
- Humanização da pediatria.
- Implantação da “Assistência Individualizada”.

3.2. Referência e Contra-Referência

Hospital D

- Esforços para integrar alguns hospitais privados em fluxo delineado de sistema de referência, principalmente para gravidez de alto risco.

Hospital F

- Garantia de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para instituições de caridade japonesas.
- Participação em “centrais de vagas” do SUS, como exemplo a Central de Hemodiálise da DIR I.

3.3. Atendimento Ambulatorial

Hospital D

- Implantação de projetos ambulatoriais de aleitamento materno, “Mãe Canguru”, “Feridas” e o Ambulatório Pré-Anestésico para avaliar o paciente antes da cirurgia e reduzir o índice de cirurgias suspensas.
- Coleta e acompanhamento de indicadores de desempenho.

Hospital F

- Realização e acompanhamento da pesquisa de satisfação do cliente.
- Cumprimento do Programa CQH.

Hospital H

- Coleta e acompanhamento de indicadores de produção médica, citada como exemplo a avaliação do usuário.

Hospital I

- Estudo dos fluxos e processos. Identificação de “nós críticos”.
- Reforma da planta física.

3.4. Emergência

Hospital B

- Equipe atuando na revisão dos processos administrativos e melhoria da comunicação.

Hospital C

- Acompanhamento de indicadores. Exemplo: tempo de espera para atendimento.

Hospital D

- Implantação do Programa 5S.
- Treinamento e capacitação da equipe médica e equipe de enfermagem para atendimento de urgências. Formação em ATLS.

Hospital F

- Realização e acompanhamento de pesquisa de satisfação do cliente e seus indicadores.

Hospital G

- Realização e acompanhamento de pesquisa de satisfação do cliente.

Hospital H

- Pesquisa de avaliação do usuário.
- Elaboração de projeto para ampliação da estrutura física.
- Exigência de ATLS para equipe médica e enfermagem.
- Ampliação da estrutura física para atender demanda reprimida.

3.5. Centro Cirúrgico

Hospital B

- Melhoria de processos com enfoque na redução de “tempos”. Citado como exemplo o tempo para agendamento de cirurgias.

▪ *Hospital C*

- Acompanhamento de indicadores relacionados a Centro Cirúrgico como atrasos, cirurgias suspensas, rotatividade por sala, entre outros.

▪ *Hospital D*

- Revisão dos fluxos, normalizações e processos. Inclusive fluxo e procedimentos para materiais consignados.

Hospital F

- Realização de pesquisa de satisfação do cliente em relação ao Centro Cirúrgico.
- Criação de grupo de trabalho para estudar e propor fluxos para o trânsito de materiais esterilizados e lixo no Centro Cirúrgico.
- Promoção de treinamentos gerais.

Hospital G

- Acompanhamento de indicadores básicos relacionados a Centro Cirúrgico.

Hospital H

- Revisão dos impressos.
- Implantação de farmácia satélite no interior do Centro Cirúrgico com montagem de *kits* cirúrgicos e centralização dos materiais de alto custo.
- Investimento em equipamentos e instrumental cirúrgico.
- Revisão dos controles de esterilização.

Hospital I

- Acompanhamento de indicadores relacionados a Centro Cirúrgico.

3.6. Anestesiologia

Hospital D

- Elaboração e cumprimento de protocolos de utilização de anestésicos.
- Revisão dos modelos de fichas anestésicas e recuperação pós-anestésica.

Hospital F

- Cumprimento de diretrizes e protocolos de anestesiologia.

Hospital G

- Coleta e acompanhamento de indicadores definidos por Comissões Técnicas.

Hospital H

- Participação de representante da equipe de anestesiologia na Comissão de Padronização e Aquisição de Materiais.
- Elaboração de contratos de manutenção preventiva e corretiva para equipamentos da anestesiologia.

Hospital I

- Coleta e acompanhamento do “ASA”.
- Oferta de residência médica.

3.7. Obstetrícia

Hospital B

- Certificação ISO.

Hospital D

- Horizontalização da equipe médica com exclusão de plantonistas.
- Elaboração de protocolos para violências sexuais, gestantes de alto risco portadoras de HIV.
- Implantação de Serviço de Medicina Fetal.

Hospital G

- Coleta e acompanhamento de indicadores de produtividade e qualidade relacionados com a área obstétrica.

Hospital H

- Promoção de cursos para gestantes, aleitamento materno e orientação pós-parto.
- Coleta e acompanhamento de indicadores tradicionais, satisfação e produção.

3.8. Neonatologia

Hospital B

- Certificação ISO.

Hospital D

- Reestruturação física da área do berçário.
- Adoção do programa “Mãe Canguru”.

Hospital G

- Coleta e acompanhamento de indicadores de produtividade e qualidade relacionados com a área neonatal.

Hospital H

- Adoção do programa “Mãe Canguru”.
- Coleta e acompanhamento dos indicadores relacionados a UTI.

3.9. UTI

Hospital B

- Realização de pesquisa de satisfação do paciente e familiar quanto à estada na UTI.

Hospital C

- Coleta e acompanhamento de indicadores de qualidade específicos para UTI, dentre eles taxa de reinternação na UTI.

Hospital D

- Construção de novas instalações para UTI.
- Implantação e monitoramento do Sistema APACHE.

Hospital F

- Realização de pesquisa de satisfação do paciente e familiar quanto à estada na UTI.
- Coleta e acompanhamento de indicadores de qualidade específicos para UTI, dentre eles taxa de reinternação na UTI.

Hospital G

- Investimento em equipamentos de última geração dotados de programas de análise estatística.
- Coordenação por profissionais altamente titulados.

Hospital H

- Implantação de projeto piloto de prontuário eletrônico com evolução pelo próprio médico intensivista.
- Coleta e acompanhamento de indicadores.

Hospital I

- Aumento de quadro de pessoal.

3.10. Hemoterapia

Hospital B

- Criação de Comissão de Hemoterapia.

Hospital C

- Criação de Comissão de Hemoterapia.

Hospital D

- Criação de Comissão de Hemoterapia.

Hospital F

- Monitoramento de “controles” diários.

Hospital H

- Revisão de processos para adequar-se aos critérios do CQH.

Hospital I

- Aumento de quadro de pessoal com plantão 24 horas.

3.11. Reabilitação

Hospital B

- Pesquisa de Satisfação do Cliente.

Hospital C

- Criação de indicadores de qualidade. Exemplo: Mensuração da entubação precoce do paciente.

Hospital D

- Extensão do atendimento de fisioterapia de 12 para 24 horas em todas Unidades de Internação.

Hospital F

- Programa de treinamento para fisioterapeutas intensivistas.

Hospital H

- Reforma de área física para ampliação do atendimento ambulatorial.

3.12. Medicina Nuclear

3.13. Radioterapia

Hospital F

Treinamentos e capacitação contínua da equipe.

4. Serviços de Apoio Diagnóstico

4.1. Laboratório Clínico

Hospital B

- Pesquisa de Atendimento ao Cliente.

Hospital C

- Participação em programas de qualidade como PELM, PNCQ e SBAC.
- Controle de resultados falso positivos e falso negativos.

Hospital D

- Participação em programas de qualidade como PELM, PNCQ e SBAC.
- Controle de resultados falso positivos e falso negativos por médico.

Hospital E

- Certificação ISO 9000.

Hospital F

- Participação em programas de qualidade como PELM, PNCQ e SBAC.
- Certificação ISO 9000.
- Treinamentos e capacitação contínua da equipe.

Hospital H

- Participação no Programa de Qualidade Laboratorial PNCQ.
- Coleta e acompanhamento de indicadores de produção e produtividade.
- Revisão de fornecedores e controles.
- Auditorias sistemáticas por Comissão de Qualidade.
- Renovação e atualização contínua dos equipamentos.

4.2. Diagnóstico por Imagem

Hospital B

- Pesquisa de Atendimento ao Cliente.

Hospital C

- Acompanhamento de indicadores relacionados ao desperdício de filme, repetição de exames, chapas por solicitação, tempo de espera para atendimento, entre outros.

Hospital D

- Implantação de controle topográfico.
- Acompanhamento do indicador de positividade com foco no atendimento de urgência.
- Controle de número de solicitações por médico.

Hospital F

- Treinamentos e capacitação contínua da equipe.

Hospital G

- Contratação de empresa prestadora de serviços com concessão de área física e equipamentos da Instituição.
- Pesquisa de Satisfação do Cliente.

Hospital H

- Tratamento da prata proveniente do processo antes do lançamento do esgoto efluente.
- Acompanhamento de indicadores relacionados a taxa de perdas, repetição de exames, tempo de espera de atendimento, entre outros.
- Manutenção de controle de chapas por solicitação.
- Contratação de consultoria externa resultando em redimensionamento e contratação de médicos imagenologistas para as 24 horas do dia.

Hospital I

- Investimento em novo equipamento de Raio X.
- Reforma da planta física.

4.3. Métodos Gráficos

Hospital B

- Realização de Pesquisa de Atendimento ao Cliente.

Hospital C

- Acompanhamento de indicadores relacionados ao desperdício de filme, repetição de exames, chapas por solicitação, tempo de espera para atendimento, entre outros.

Hospital F

- Acompanhamento de indicadores, tais como repetição de exames.

Hospital G

- Pesquisa de satisfação do cliente.

Hospital H

- Reforma e adequação da estrutura física.

Hospital I

- Investimento em novos equipamentos.

4.4. Anatomia Patológica

Hospital F

- Substituição da empresa prestadora de serviços terceirizados.

Hospital G

- Realização de pesquisa de satisfação do cliente.

Hospital H

- Participação do responsável pelo serviço nas várias Comissões Técnicas.

Hospital I

- Presença diária de médico patologista atuando como interlocutor com o corpo clínico.

5. Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento

5.1. Arquivo Médico

Hospital B

- Criação e acompanhamento dos indicadores de preenchimento de prontuário e outros indicadores relacionados à produtividade.

Hospital D

- Reorganização do arquivo médico adotando microfilmagem de documentos e contratação de arquivo externo.
- Revisão dos processos de liberação e trânsito de documentos dentro do Hospital.

Hospital E

- Acompanhamento de indicadores.

Hospital F

- Criação e acompanhamento dos indicadores de preenchimento de prontuário e outros indicadores relacionados à produtividade.
- Acompanhamento de indicadores de qualidade relacionados à montagem do prontuário.
- Projeto para informatização do arquivo médico.

Hospital G

- Implantação de prontuário eletrônico.

Hospital H

- Auditoria nos prontuários visando ao preenchimento completo dos campos obrigatórios.
- Busca contínua de “qualidade” expressa por meio de coleta e análise de indicadores como preenchimento do diagnóstico de saída segundo CID 10.^a revisão.
- Representação ativa em Comissão da Qualidade.

Hospital I

- Auditorias para melhorar o processo de preenchimento dos prontuários.

5.2. Controle de Infecção

Hospital B

- Participação no grupo de infecção hospitalar do CQH .

Hospital C

- Reuniões mensais da Comissão de Controle e Infecção documentados em Atas.
- Análise e monitoramento do consumo de antibióticos e resistência bacteriana.

Hospital D

- Gestão de indicadores de infecção hospitalar.
- Implantação da Dose Diária Individualizada – DDI para antibióticos.
- Análise e monitoramento diário do consumo de antibióticos e resistência bacteriana.

- Elaboração de relatórios semestrais.

Hospital F

- Estabelecimento de metas setorizadas segundo os critérios do NNISS.
- Implementação de ações corretivas/preventivas.
- Gestão de indicadores de infecção hospitalar.
- Reuniões mensais da Comissão de Controle e Infecção documentados em Atas.
- Promoção de treinamentos e campanhas institucionais gerais para prevenção da infecção hospitalar.

Hospital G

- Acompanhamento dos indicadores de infecção hospitalar.

Hospital H

- Elaboração de protocolos segundo metodologias de busca ativa preconizadas pelo NNISS.
- Renovação da equipe com implantação de controle de antimicrobianos.
- Implantação do protocolo para álcool gel.
- Treinamentos direcionados para grupos específicos como enfermagem, lavanderia e nutrição.
- Visitas e avaliação técnica de fornecedores e empresas prestadoras de serviço terceirizados.

Hospital I

- Controle de antimicrobianos.

5.3. Estatística

Hospital F

- Cumprimento do Programa CQH.
- Coleta e acompanhamento dos indicadores assistenciais.

Hospital H

- Coleta e acompanhamento dos indicadores assistenciais.

Hospital I

- Aquisição de *hardware*.

5.4. Farmácia

Hospital C

- Implantação e manutenção de “controles” diários como temperatura de geladeira.

Hospital D

- Revisão de processos para garantia de controle efetivo dos psicotrópicos.

Hospital F

- Cumprimento do Programa CQH.
- Revisão de processos com a implantação da dispensação por código de barras.
- Implantação e manutenção de “controles” diários como temperatura de geladeira.

Hospital G

- Dispensação por paciente a cada 24 horas para redução de custos.
- Automação da prescrição de medicamentos e correlatos por sistema PALM.

Hospital H

- Representação e participação nas Comissões de Padronização e Aquisição de Medicamentos e Materiais.
- Controle de antimicrobianos.
- Implantação da dose individualizada.
- Controle de medicamentos e materiais dispostos em postos de enfermagem, carros de parada cardíaca e “kits ambulatoriais”.

Hospital I

- Revisão dos fluxos de atendimento: controles e dispensação para 6 horas.

5.5. Nutrição e Dietética

Hospital B

- Pesquisa de Atendimento ao Cliente.

Hospital C

- Pesquisa de Atendimento ao Cliente.
- Implantação de “controles”.

Hospital D

- Construção de novas instalações para lactário e redimensionamento de pessoal.
- Implantação de departamentos de Nutrição Clínica e grupos de atendimento ambulatorial.

Hospital F

- Pesquisa de satisfação do cliente.
- Participação conjunta com CCIH em treinamentos para lavagem de mãos.
- Participação em treinamento sobre postura profissional.
- Acompanhamento de indicadores de qualidade, financeiros e produtividade.

Hospital G

- Elaboração de plano de ação a partir do registro das avaliações dos pacientes.
- Investimento em reformas físicas e equipamentos.

Hospital H

- Participação em grupos multidisciplinares como em Programa de Aleitamento Materno.
- Campo de estágio para estudantes universitários.
- Acompanhamento dos indicadores de avaliação dos usuários.
- Acompanhamento dos pacientes ambulatoriais.
- Adequação dos “níveis assistenciais” ao paciente internado.
- Reforma estrutural.

Hospital I

- Criação do Grupo de Suporte Nutricional ou GAN para avaliação nutricional dos pacientes.

5.6. Lavanderia

Hospital B

- Pesquisa de Atendimento ao Cliente.

Hospital C

- Acompanhamento de indicadores de produção, como custo de perda de roupa, e financeiros, como custo de roupa lavada.

Hospital D

- Revisão dos processos alinhados com diretrizes da CCIH.

Hospital F

- Participação em treinamentos operacionais com foco na prevenção de infecção hospitalar.
- Participação em treinamento sobre gestão de resíduos.
- Pesquisa de Satisfação do Cliente.

Hospital G

- Acompanhamento de indicadores de produção, como custo de perda de roupa, e financeiros, como custo de roupa lavada.

Hospital H

- Acompanhamento de indicadores, como custo de roupa lavada.

5.7. Materiais e Esterilização

Hospital C

- Acompanhamento dos “controles” obrigatórios.
- Controle de fornecedores e distribuidores.

Hospital D

- Participação em treinamentos gerais e operacionais.
- Investimento em equipamentos e recursos humanos.

Hospital F

- Participação em treinamentos gerais e operacionais.

Hospital G

- Aquisição de equipamentos automatizados para evitar o contato humano.

Hospital H

- Substituição da empresa prestadora de serviços terceirizados pela constatação de ausência de capacitação técnica..

Hospital I

- Aquisição de autoclaves.
- Revisão dos métodos de controle de esterilização.

5.8. Higiene Hospitalar

Hospital C

- Acompanhamento de indicadores de qualidade.

Hospital D

- Treinamentos.
- Participação em campanhas institucionais como campanha de conscientização

Hospital F

- Realização de pesquisa de satisfação do cliente.
- Implementação de “controles de qualidade” em áreas limpas.
- Acompanhamento de indicadores de qualidade.

Hospital G

- Acompanhamento de “tempos” como tempo de higienização.

Hospital H

- Acompanhamento de indicadores.
- Promoção de treinamentos institucionais.

Hospital I

- Substituição da liderança

5.9. Segurança e Saúde Ocupacional

Hospital D

- Criação e implantação do “Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho”.
- Revisão e adequação dos protocolos de acidentes com perfurocortantes.

Hospital F

- Promoção de treinamentos sobre segurança para todos colaboradores. Exemplo:
Brigada de incêndio.

Hospital G

- Acompanhamento dos indicadores, como taxa de acidentes com afastamento e sem afastamento, absenteísmo, entre outros.
- Procedimentos normatizados por protocolos.

Hospital H

- Implantado serviço de segurança e saúde ocupacional composto por equipe multiprofissional.
- Garantir a atuação da CIPA e Brigada de Incêndio.

Hospital I

- Contratação de médico do trabalho.

5.10. Serviço Social

Hospital C

- Atividades com foco na satisfação do paciente.

Hospital D

- Visitação diária dos pacientes internados.

Hospital F

- Participação ativa em programa antitabagismo voltado para colaboradores e comunidade.
- Promoção da filantropia por oferta de serviços para três instituições de caridade japonesas.
- Promoção de palestras mensais sobre qualidade de vida para a comunidade.

Hospital G

- Priorização de pacientes carentes.

Hospital H

- Participação em programas implementados pelo Departamento de Marketing .
- Responsável por atendimento aos funcionários e pacientes, com enfoque na atuação em programas.

Hospital I

- Aumento de quadro de pessoal.

6. Serviços de Apoio Administrativo e Infra-estrutura

6.1. Documentação da Planta Física

Hospital D

- Revisão e atualização das reformas em planta física.
- Regularização de processos e registros do imóvel perante autoridades competentes.

Hospital F

- Digitalização das plantas em AUTOCAD.
- Revisão do fluxo de autorização de obra com anuência conjunta da Comissão de Obras e/ou Diretoria e responsável pela área em reforma.

Hospital G

- Revisão de *layout* para adequação a expansão ou incorporação de novos serviços.
- Revisão do fluxo de autorização de obra com anuência conjunta da Comissão de Obras e/ou Diretoria e responsável pela área em reforma.
- Registro da documentação com guarda pela manutenção.

Hospital H

- Reformas documentadas pelo serviço de manutenção.

6.2. Estrutura Físico-Funcional

Hospital B

- Aplicação de novos conceitos em hotelaria.
- Realocação da Maternidade, permitindo a proximidade física dos apartamentos com o Centro Obstétrico.

Hospital D

- Criação de cargo de Coordenador em Atendimento e Hotelaria.

Hospital F

- Criação de uma Comissão de Obras.

Hospital H

- Reforma predial das instalações do Ambulatório, Pronto-Socorro, Serviço de Arquivo Médico.
- Elaboração de projetos para construção de novos prédios, projetos modulares para expansão dos apartamentos destinados a atender demanda crescente.
- Organograma aprovado pelo Conselho e Diretoria.

6.3. Sistema Elétrico

Hospital D

- Revisão e reforma do sistema elétrico.
- Aquisição de novos geradores.
- Realização de isolamento acústico das cabines dos geradores

Hospital F

- Identificação dos quadros elétricos, segundo normas de segurança.
- Testes e manutenção preventiva dos geradores com periodicidade semanal.
- Revisão e reforma do sistema elétrico.

Hospital G

- Construção de nova central de energia com 3 geradores.
- Garantia de autonomia para geração de energia em horários de pico.

Hospital H

- Elaboração e cumprimento de protocolo de verificação da rede elétrica.

Hospital I

- Revisão e reforma do sistema elétrico.

6.4. Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Potabilidade da Água.

Hospital D

- Implantação de coleta seletiva.
 - Adequação da estrutura física e processo para coleta e armazenamento de lixo e outros resíduos, segundo legislação vigente.
 - Análise mensal/semestral da potabilidade da água em diversos pontos do Hospital.
 - Contratação de empresa para prestação terceirizada de serviços de manutenção.
- Metas pré-estabelecidas e acompanhamento do desempenho por meio de indicadores.

Hospital F

- Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos da Engenharia Clínica
- Análise mensal/semestral da potabilidade da água em diversos pontos do Hospital, com emissão de laudo do Instituto Adolfo Lutz.
- Análise mensal/semestral da potabilidade da água em diversos pontos do Hospital.
- Treinamento e capacitação da equipe de manutenção para operar os equipamentos de grande porte.
- Reforma da lixeira cental.

Hospital G

- Limpeza periódica dos reservatórios de água.
- Manutenção de poço artesiano

Hospital H

- Campo de estágio para estudantes de nível técnico em eletrônica.
- Implantação de controle de resíduos e potabilidade.
- Implantação de coleta seletiva.
- Documentação, análise e manutenção de poço artesiano.
- Controle de pragas e insetos.
- Adequação à legislação sobre lixo com a aquisição de duas lixeiras com contêiner de barreiras.

Hospital I

- Tratamento do esgoto efluente hospitalar antes do despejo.

6.5. Segurança Geral

Hospital E

- Contratação de empresa com certificação ISO 9000 para terceirização dos serviços.

Hospital F

- Divulgação das rotinas e fluxos definidos pela Brigada de Incêndio.
- Realização de pesquisa de satisfação do cliente quanto ao item segurança, em acordo com os critérios do CQH.
- Contratação de consultoria externa.
- Instalação de sistemas interno e externo de segurança por monitoramento de câmeras e sistemas de alarme.

Hospital G

- Elaboração de protocolos.

Hospital H

- Instalação de ponto eletrônico para melhor controle da circulação interna de pessoal.
- Manutenção de sistema de câmeras para monitoramento externo.

7. Ensino e Pesquisa

7.1. Biblioteca/Informação Científica

Hospital B

- Criação e manutenção de biblioteca com acervo científico e acesso a todos os colaboradores.

Hospital C

- Assinatura do periódico New England Medical Journal.
- Acesso à Internet e sites científicos

Hospital D

- Alocação de microcomputador no conforto médico com acesso a Bibliomed.

Hospital E

- Manutenção de Centro de Estudos, responsável pela promoção de cursos, reuniões mensais e palestras para o corpo médico e comunidade em geral.

Hospital G

- Manutenção de Centro de Estudos, responsável pela promoção de cursos e palestras.
- Promoção de eventos para a comunidade.
- Participação em Congressos Clínicos
- Elaboração de jornal interno acessível a todos os colaboradores.

Hospital H

- Acesso à Internet.
- Biblioteca com acervo científico.
- Manutenção de Centro de Estudos, responsável pela promoção de reuniões mensais com o corpo clínico.

Hospital I

- Manutenção de Biblioteca e Centro de Estudos.
- Acesso à Internet.

7.2. Programa de Capacitação (Residência, Estágios, Educação em Serviço, e outros).

Hospital B

- Treinamentos para profissionais de enfermagem e administrativos.

Hospital C

- Programa de residência em Radiologia, estágio curricular em fisioterapia, educação continuada para profissionais médicos e enfermeiros.

Hospital D

- Treinamentos internos e oferta de estágios.

Hospital E

- Oferta de estágios curriculares e promoção de educação continuada.

Hospital F

- Estágio curricular de fisioterapia e residência não reconhecida em cirurgia plástica.

Hospital G

- Alocação de verba orçamentária destinada à capacitação profissional.
- Participação de colaboradores em Congressos de Enfermagem, Informática, Recursos Humanos.

Hospital H

- Estudo para criação de programas de bolsas de estudo universitárias.
- Convênio com programas de estágios de âmbito municipal, CIEE e faculdades privadas para oferta de estágios curriculares em áreas administrativas e assistenciais.
- Participação em estudos clínicos multicêntricos.
- Educação continuada em enfermagem.
- Convênios com várias instituições de ensino para oferecer campo de estágio.

Hospital I

- Programa de Residência Médica.
- Manutenção de programa de educação continuada para enfermagem.

**ANEXO IV – TABELAS DAS RESPOSTAS OPINATIVAS (SEÇÃO
VI – CARACTERIZAÇÃO DA GERÊNCIA DO PROGRAMA DE
MELHORIA DA QUALIDADE)**

Discriminação dos critérios de pontuação das respostas

- Não: Não acumula pontos;
- Parcialmente (pouco) equivale a um ponto;
- Consideravelmente equivale a dois pontos;
- Completamente equivale a três pontos.

1. LIDERANÇA

- 1.1 A missão da Unidade responsável pela Melhoria da Qualidade foi claramente estabelecida e divulgada a todos?
- 1.2 A missão da Unidade responsável pela Melhoria da Qualidade leva em conta todas as partes interessadas³?
- 1.3. É identificado um conjunto de valores comuns, relativos à melhoria da qualidade hospitalar, partilhado com todos os médicos e não-médicos?
- 1.4. A liderança dá o exemplo e encoraja a todos na busca de elevados padrões de qualidade, definindo rumos, estabelecendo metas, prioridades e recursos compatíveis?
- 1.5. Os objetivos da Unidade de Melhoria de Qualidade são claros e são facilmente compreendidos pelos funcionários, inclusive como alcançá-los e avaliá-los?
- 1.6. A Unidade possui uma abordagem efetiva para o envolvimento de todos os níveis gerenciais e de supervisão em questões relacionadas ao incremento da qualidade?
- 1.7. A liderança divulga, para todos, os avanços atingidos relacionados a ações de melhoria da qualidade?

Questões	Hospitais									Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1.1	1	3	3	2	3	3	2	2	2	21
1.2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	22
1.3	3	2	1	2	3	2	1	1	2	17
1.4	3	3	2	3	3	1	1	2	2	20
1.5	1	2	3	1	3	1	1	2	2	16
1.6	2	2	2	3	3	3	1	2	1	19
1.7	2	2	3	2	3	1	1	2	2	18
Total	15	16	16	16	21	14	9	13	13	133

2 PLANEJAMENTO

- 2.1. Expectativas e necessidades de clientes e partes interessadas, para o presente e futuro, são considerados na fixação de metas de curto , médio e longo prazo para melhoria da qualidade?
- 2.2. Há um processo de planejamento sistematizado na Unidade/ Órgão?
- 2.3. Os planos (operacionais e da qualidade) são desdobrados por todas as Unidades do Hospital?
- 2.4. Há o comprometimento dos recursos para a execução dos planos de melhoria de qualidade?
- 2.5. Existem reuniões freqüentes para avaliar os resultados e rever os planos operacionais de qualidade em todas as Unidades do Hospital?

Questões	Hospitais									Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
2.1	2	2	3	2	3	1	2	2	-	17
2.2	3	3	3	3	3	2	1	1	-	19
2.3	2	2	3	3	3	1	1	1	1	17
2.4	2	2	3	3	3	1	2	0	3	19
2.5	3	2	3	2	3	1	1	1	3	19
Total	12	11	15	13	15	6	7	5	7	91

3. FOCO NO PACIENTE

- 3.1. Há um esforço contínuo para identificar os clientes da Unidade de Melhoria da Qualidade, em consonância com a sua missão e objetivos e tendo como foco principal o paciente?
- 3.2. As necessidades e expectativas dos clientes foram identificadas, considerando as especificidades de cada grupo?
- 3.3. As necessidades e expectativas dos clientes estão refletidas nos indicadores de desempenho adotados?
- 3.4. A Unidade/ Órgão mantém uma efetiva comunicação com os clientes, facilitando o acesso a informações e fortalecendo o relacionamento?
- 3.5. São criados mecanismos para obtenção de informações indicativas dos níveis de satisfação de clientes e de fatores de insatisfação quanto aos serviços oferecidos?
- 3.6. Existem mecanismos que permitam responder rapidamente a mudanças nas necessidades e expectativas dos clientes da Unidade/ Órgão?
- 3.7. Existem mecanismos para conhecer a opinião dos diferentes clientes com relação aos serviços oferecidos?
- 3.8. Existem mecanismos para conhecer as necessidades e opiniões dos pacientes quanto aos serviços que lhe são prestados?

Questões	Hospitais									Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
3.1	2	3	2	1	3	2	1	2	3	19
3.2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	21
3.3	2	2	3	2	3	2	3	1	2	20
3.4	2	3	3	1	3	2	2	2	2	20
3.5	3	3	2	1	3	2	3	2	3	22
3.6	2	2	1	1	3	2	2	1	2	16
3.7	2	3	3	2	3	1	2	1	2	19
3.8	2	3	3	3	3	2	3	2	2	23
Total	17	21	20	13	24	15	18	13	19	160

4. INFORMAÇÃO E ANÁLISE

- 4.1. É adotado um sistema de indicadores de desempenho com relação a qualidade para avaliar as atividades das diferentes Unidades de acordo com planos e metas?
- 4.2. No planejamento das Unidades é utilizada uma base de dados e informações integradas e consistentes?
- 4.3. Os dados e informações sobre o desempenho administrativo-operacional das Unidades estão disponíveis e são utilizados por todos os envolvidos?
- 4.4. Os dados e informações sobre o desempenho administrativo-operacional das Unidades são comparados com dados de outras instituições?
- 4.5. É sistematicamente analisado o desempenho global do Hospital e os resultados desta análise são utilizados para melhorar os processos, com forte orientação na prevenção de problemas?
- 4.6. São utilizados dados e informações comparativas⁴ quanto à satisfação de clientes de outras instituições com relação as suas Unidades de Melhoria da Qualidade?

Questões	Hospitais									Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
4.1	3	2	3	2	3	1	1	1	-	16
4.2	3	2	2	3	3	1	2	2	2	20
4.3	2	1	1	2	3	1	1	1	2	14
4.4	3	1	2	1	2	1	2	1	2	15
4.5	2	1	2	2	3	1	2	2	2	17
4.6	1	0	1	0	0	3	2	1	1	9
Total	14	7	11	10	14	8	10	8	9	91

5. DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS

5.1. A equipe da Unidade de Melhoria da Qualidade é qualificada para a tarefa que realiza?

5.2. A equipe é numericamente suficiente para a tarefa que se propõe a realizar?

5.3. São avaliadas sistematicamente as necessidades de capacitação e desenvolvimento de funcionários, coerentemente com as necessidades de desempenho e os objetivos de desenvolvimento de médio e longo alcance da Unidade?

5.4. São conduzidos esforços para melhoria de processos visando aumentar a iniciativa, criatividade e inovação de funcionários, incluindo formas de gestão participativa?

5.5 São conduzidos esforços de aperfeiçoamento em processos relacionados a valorização do funcionário como forma de incentivar sua motivação e seu orgulho pelo trabalho?

5.6 São conduzidos esforços de aperfeiçoamento em processos relacionados ao reconhecimento de esforços de funcionários (individuais ou em equipe) quando em consonância com a missão ou metas da Unidade?

5.7. São conduzidas pesquisas com funcionários para avaliar os fatores do ambiente de trabalho que contribuem ou inibem o melhor desempenho?

5.8. São estabelecidas prioridades para solução de problemas com funcionários com base no potencial de impacto sobre o desempenho?

Questões	Hospitais									Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
5.1	2	3	2	3	3	3	2	2	1	21
5.2	2	1	3	2	3	1	1	3	3	19
5.3	2	3	3	2	3	3	1	1	1	19
5.4	2	3	3	1	3	3	2	2	2	21
5.5	1	3	3	3	3	3	1	1	1	19
5.6	1	1	3	2	2	3	1	2	1	16
5.7	0	0	2	2	3	3	1	1	3	15
5.8	1	-	3	1	3	3	1	2	1	15
Total	11	14	22	16	23	22	10	14	13	145

6. GESTÃO DE PROCESSOS

- 6.1 Há busca contínua pela melhoria dos processos, caracterizada por metas definidas, factíveis e de pleno conhecimento dos atores envolvidos?
- 6.2 Existe avaliação quantitativa sistemática das melhorias expressas por medidas e/ou indicadores?
- 6.3 Na busca contínua pela melhoria de processos está previsto a inclusão dos ciclos de PDCA (planejamento, execução, avaliação)?
- 6.4. São focalizados primeiramente os processos-chaves como a rota para melhores resultados?
- 6.5. Existe busca constante por atualização de tecnologias e métodos , especialmente para processos relacionados com as atividades-fim?
- 6.6. Há um esforço visando a padronização de processos, sendo documentados e divulgados?
- 6.7. São oferecidos treinamento e suporte para execução adequada dos processos previamente padronizados?
- 6.8. São conduzidas auditorias com finalidade de verificar a adequação e cumprimento da padronização dos processos, permitindo identificação e correção de desvios?

Questões	Hospitais									Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
6.1	2	2	3	2	3	2	1	1	2	18
6.2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	19
6.3	2	2	2	1	3	1	1	1	1	14
6.4	2	3	3	2	3	2	2	1	2	20
6.5	2	2	2	2	3	2	2	2	2	19
6.6	2	3	3	3	3	1	2	2	3	22
6.7	2	3	1	3	3	2	2	2	2	20
6.8	2	2	3	2	3	3	1	1	2	19
Total	16	19	20	17	24	15	12	12	16	151

7. PARCERIAS E ALIANÇAS

7.1. Através de participação ativa e articulação com outras instituições de pesquisa e ensino ou outros organismos, a instituição busca sistematicamente contribuir para o aperfeiçoamento de todo o sistema de melhoria da qualidade hospitalar?

7.2. Existem parcerias para a capacitação dos recursos humanos da Unidade de maneira continuada?

7.3. Já ocorreu a disseminação dos processos e métodos para outros hospitais.?Deverão ser apontados quais.

Questões	Hospitais									Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
7.1	2	3	0	1	2	2	0	2	2	14
7.2	2	3	3	2	2	3	1	1	2	19
7.3	1	3	3	2	2	-	2	1	1	15
Total	5	9	6	5	6	5	3	4	5	48