



1

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ANA MARIA CONSENTINO MÜLLER

ESTUDO DE UMA AVALIAÇÃO DE HOSPITAIS REALIZADA NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ

Dissertação apresentada ao
Curso de Pós-Graduação da
EAESP / FGV, Área de
Concentração em Administração
Hospitalar e de Sistemas de Saúde

Orientadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

1996



Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração
de Empresas de São Paulo
Biblioteca



1383/96



1199601383

ESTUDO DE UMA AVALIAÇÃO DE HOSPITAIS REALIZADA NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ

Banca examinadora

Profa. Orientadora: Dra. Ana Maria Malik

Prof.:

Prof.:

Carlos

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data 10.10	N.º da Chamada 64.024.8 (816.12)
Tombo 1383/96	M958e Dis. e. 1

SP-00009255-3

MÜLLER, ANA M.C. **Estudo de uma avaliação de hospitais realizada no município de Jundiaí. São Paulo**
: EAESP/FGV, 1.996. 111 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV,
Área de Concentração Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

Resumo: Trata da avaliação de hospitais gerais ocorrida no município de Jundiaí - SP no ano de 1995. Aborda: o contexto das políticas públicas de saúde nacional e local; os conceitos de avaliação; os instrumentos de avaliação e seu uso. Estuda especialmente este processo de avaliação, explorando sua realização, seus produtos e resultados e o instrumento utilizado.

Palavras-chave: Avaliação - Avaliação em Saúde - Sistemas de Avaliação - Sistema Público de Avaliação - Critérios e Parâmetros de Avaliação - Qualidade - Qualidade em Saúde - Indicadores de Qualidade - Políticas de Saúde.

Agradecimentos,

- àqueles que são mestres na arte de ensinar, amar, ser solidário, ser generoso: Simone, Everton e Suzana, José Maurício, Márcia Molina, Beth e Roosevelt, Maria Tereza;

- àqueles que proporcionaram a realização deste trabalho: a equipe de avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí e especialmente à Regina Celia Marotti;

- a quem me orientou durante todo o mestrado e mais que isso, demonstrou capacidade infinita de compreensão e dedicação, minha mestra Ana Maria Malik.

*"A lição sabemos de cor,
só nos resta aprender".*

(Beto Guedes)

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	01
1 - JUSTIFICATIVA.....	01
2 - POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DOS ANOS 70 A 90.....	03
3 - A SECRETARIA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ.....	18
II. AVALIAÇÃO E CONTROLE.....	25
III. OBJETIVOS.....	49
IV. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR.....	50
1 - A NECESSIDADE.....	53
2 - O INSTRUMENTO.....	53
3 - A EQUIPE DE AVALIADORES.....	57

4 - OS HOSPITAIS.....	58
5 - A REALIZAÇÃO.....	60
V. METODOLOGIA.....	63
1 - ANÁLISE DOCUMENTAL.....	64
2 - TRABALHO DE CAMPO.....	65
2.1 - Os Avaliadores.....	65
2.2 - Os Gerentes da Secretaria Municipal de Saúde.....	66
2.3 - Os Diretores dos Hospitais Avaliados.	67
VI. RESULTADOS.....	69
1 - DA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	69
1.1 - Os Relatórios Finais e seus Produtos.....	69
1.2 - A Estrutura do Relatório Final.....	71
1.3 - As Notificações.....	74
2 - DO TRABALHO DE CAMPO.....	75
2.1 - Os Relatórios dos Avaliadores.....	75

2.2 - As Entrevistas dos Gerentes da S.M.S.....	80
2.3 - As Entrevistas dos Diretores dos Hospitais Avaliados.....	85
VII. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	89
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
X. ANEXOS.....	113

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS GERENTES DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS DIRETORES
DOS HOSPITAIS

PARTE INICIAL DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

NOTIFICAÇÕES

I - INTRODUÇÃO

1 - JUSTIFICATIVA

O presente estudo vem ao encontro das necessidades sentidas enquanto gerente de serviços, área de atuação e formação profissional. A gerência de serviços e sistemas de saúde foi e é a principal área de interesse.

A escolha sobre avaliação hospitalar, em Jundiaí, ocorre assim por interesses e motivações pessoais e mais, por uma condição singular onde a finalização do mestrado coincide com o fato de ocupar um cargo de gerência, o de Secretária Municipal de Saúde do mesmo município.

O trabalho gerencial inclui como uma de suas principais atividades a avaliação. Ela é sempre parcial e muitas vezes voltada a aspectos quantitativos como número de consultas, número de leitos, exames realizados e etc.

No entanto, hoje outras questões estão colocadas para um gerente de saúde. São questões novas-velhas : a estrutura existente está de acordo com as demandas de saúde de uma população? Como será o processo de atendimento? Com quais resultados? Estes clientes estão satisfeitos com os serviços ofertados?

Contigua a essas questões existe hoje uma situação concreta, dada constitucionalmente. As Secretarias Municipais passam por intenso processo de transformação. Sua maior expressão é a assunção de responsabilidades antes diluídas em outros níveis de governo (estadual, federal) tornando-a gestor único local.

Este processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde (municipalização) requer um outro olhar da gerência local para os serviços já existentes. Vários são os aspectos abrangidos neste processo. O objeto deste estudo é a avaliação de serviços de saúde, centrada em hospitais gerais conveniados ao SUS no município de Jundiaí, de agosto a outubro de 1995. Para tanto foi utilizado o Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte, elaborado pelo Ministério da Saúde e executado por um grupo de técnicos da SMS.

O documento "Cadastro e Avaliação dos Hospitais Conveniados ao SUS", traz em sua apresentação os objetivos a serem alcançados: diagnóstico das organizações prestadoras e a partir dele, identificar os ajustes necessários ao bom desempenho desses serviços.

Recuperando-se a relação histórica que se estabeleceu no decorrer dos anos, entre gestor e prestador, o que prevaleceu e prevalece é a prática meramente comercial - produção versus pagamento.

A escolha da avaliação hospitalar no município de Jundiaí dá-se no momento em que a SMS assume uma condição de gestão chamada semi-plena, e nesta perspectiva obriga-se a uma reflexão dos processos em curso, a desenvolver a percepção e a compreensão das variáveis organizacionais/administrativas/técnicas dos diversos processos que se desenvolvem no setor e, por fim, instrumentalizar-se para melhorar sua capacidade de responder aos desafios impostos pelas mudanças e pela busca, de um lado da eficiência e da eficácia dos Serviços de Saúde, de outro da satisfação das clientelas.

O processo de gestão semi-plena não pode ser encarado como um fato isolado, mas traduz uma etapa de um processo maior que tem seus primórdios nas transformações das políticas de saúde ocorridas nos anos 80 e início dos 90.

2 - POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os anos 70 e 80 são marcados, no Brasil, por profundas revisões dos modelos de assistência e gestão do setor saúde.

Fundamentadas no diagnóstico da inadequação do Sistema de Saúde frente às necessidades assistenciais, estas novas propostas vão preparar a emergência do Sistema Único, cujas diretrizes e princípios estão consolidados na Constituição Federal de 05/10/89 e na Lei Orgânica de Saúde de 19/09/91.

O Sistema Único de Saúde, definido como "uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde" (ABC do SUS; vol 1, MS, 1990), coloca para os gestores desafios na sua implementação em 2 dimensões:

- A busca de um novo modelo assistencial que dê conta de um padrão epidemiológico complexo e difícil por ele mesmo, de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações.

- Redefinição das responsabilidades de cada esfera do governo, de modo a contemplar os preceitos constitucionais da direção única em cada nível de governo e o controle dos seus usuários.

Embora data de 1988, esse Sistema tem na sua implantação entraves de várias naturezas. Pensando o seu significado pode-se entender que sua concepção está ligada diretamente aos conceitos de saúde em seu sentido mais amplo (não meramente assistência médico-sanitária) e também de cidadania. Neste país de infinitas contradições e desigualdades sócio-econômicas, com repercussões nas condições sanitárias e de exercício pleno de cidadania, pensar e implantar o Sistema está além da simples capacidade técnica de pensar uma reordenação de serviços e de gestão. Trata-se de decidir politicamente (aqui pensa-se em Política Pública) implantá-lo.

Para entender o que é o Sistema Único de Saúde e a complexidade de sua implantação, é preciso retroceder um pouco no tempo e passar pelas recentes mas profundas modificações ocorridas no país, do fim da década de 70 até a atualidade.

A organização dos serviços de saúde no Brasil, desde seu aparecimento no início do século com os programas centralizados e verticalizados de controle de epidemias nas cidades, é caracterizada pela pluralidade de instituições prestadoras assim como pela fragmentação e duplicidade de ações e despesas (Neto, Júlio S. Müller, 1991).

As características do modelo originado pela intervenção estatal, que se consolidou com a unificação dos Institutos e com a criação do INAMPS (1977) podem ser assim resumidas (Draibe, Silva, Viana, 1990):

- Centralizador das decisões, no governo federal e, dentro dele, no INAMPS, tanto sob o aspecto financeiro, quanto operacional. O INAMPS, criado para cuidar da assistência médica a previdenciários através de serviços próprios, contratados e conveniados, era o locus privilegiado de poder; praticamente era ele quem determinava como e por quem a assistência seria prestada;

- Privilegiador de uma forma de financiamento por intermédio de recursos independentes do orçamento fiscal, captados via contribuições sociais que penalizava direta ou indiretamente os assalariados, sendo bastante vulnerável às crises econômicas;

- Privatizante sob o ponto de vista de execução dos serviços, favorecendo a criação e expansão de um complexo médico-industrial que absorvia a maior parte dos recursos alocados para o setor;

- Deteriorador da capacidade instalada do setor público por não garantir recursos para a manutenção e reequipamento das redes;

- Fragmentado em duas redes separadas: a médico-sanitária, com escassez significativa de recursos, e a médico-hospitalar, fornecedora oligopólica de recursos à previdência social;

- Incapaz de dar uso eficiente aos recursos alocados no setor e fazer frente aos problemas epidemiológicos que se tornavam cada vez mais complexos;

- Desigual, com a expansão da cobertura segmentando e diferenciando cada vez mais o acesso para distintas categorias de trabalhadores;

- De planejamento, gestão, avaliação e controle cada vez mais difíceis, constituindo um modelo de atendimento e uma prática gerencial corruptores, sem controle de custos operacionais;

- Inefetiva quanto à necessidade de acesso, de equidade, de quantidade e qualidade de serviços, de resolutividade, etc, por parte da população.

Este modelo adentrou os anos 80 e entrou em crise por dois motivos fundamentais: a crise econômica pela qual passava o país e o processo de redemocratização, com a eleição dos governos de oposição em 1982.

A crise econômica teve impacto direto no modelo assistencial que, na sua formulação sob os aspectos de funcionamento e prestação, era vulnerável à recessão econômica: diminuindo a contribuição dos assalariados, fonte única de financiamento, e com um modelo cujos custos são crescentes, a assistência ficava gravemente comprometida.

O segundo aspecto, a redemocratização do país expressa pela eleição dos governos de oposição em 1982, contribui no sentido de que esses governos incorporam em sua plataforma política a luta pela descentralização ou seja, a redistribuição de poder e recursos do nível federal para os governos locais. Contrapondo-se ao modelo centralizador de decisões e recursos ocorrido após a Constituição Federal de 1967 e da Emenda Constitucional de 1969, a descentralização aqui é tomada como uma condição de redemocratização ou seja, tornar a esfera pública permeável ao controle social.

É nas políticas sociais e em especial no setor saúde que o movimento pela descentralização toma fôlego: a ineficiência da centralização de recursos e das suas formas de aplicação era revelada no agravamento dos níveis de saúde e na forma de assistência cada vez mais excludente de grandes parcelas da população.

É essa conjuntura que propiciará a discussão da necessidade de se revisar a política de saúde vigente até aquele momento.

Retomando a década de 80, seu início é marcado pela realização da VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central constituiu-se na expansão das ações básicas de saúde. A partir dela, há propostas de intervenção como o

PREV-SAÚDE, Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que visava a reordenação do setor com a extensão de cobertura a partir dos serviços básicos de saúde. O tema central da VII Conferência Nacional de Saúde foi de tal forma alterado que acabou totalmente descaracterizado. O motivo, segundo Almeida (1995), seria da "não linearidade do processo, expressando suas divergências e conflitos, tais como: serviços básicos / atenção primária preventiva x curativa; serviços / ações primárias simples x maior complexidade; saúde pública x atenção médica individual; tratamento da doença e recuperação da saúde; responsabilidades públicas x individuais, entre outros argumentos.

Na tentativa de recuperação da crise da Previdência e Assistência à Saúde e da falência do Prev-Saúde, o governo federal instituiu, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), tendo por "finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da referida assistência. Deve ainda, o CONASP, propor medidas de avaliação e controle para o sistema de assistência médica" (Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília, 1982).

O plano CONASP, como ficou conhecido o resultado do trabalho realizado pelo Conselho, teve como mérito expor um amplo diagnóstico do modelo existente como também propor várias medidas racionalizadoras, incorporadas por exemplo no Programa das Ações Integradas de Saúde (1982). Os aspectos da equidade, cobertura universal, e eficiência foram contemplados

no Plano. Ainda que as propostas fossem marcadamente racionalizadoras no uso dos recursos, avanços significativos são apontados como a descentralização via regionalização progressiva do Sistema de Saúde, incluindo como parceiros do planejamento e coordenação do sistema os níveis estadual e municipal. O eixo da reordenação dos serviços passou a ser os serviços públicos, tanto na redefinição de papéis de gestão e execução das ações, como na aplicação de recursos até então destinados à compra de serviços privados de saúde.

Surgindo como alternativa para enfrentar a crise vivida pelo setor saúde, o Plano CONASP tinha como diretrizes básicas:

- a) Prioridade às ações primárias com ênfase na assistência ambulatorial;
- b) Integração das Instituições (federal, estadual e municipal) num sistema regionalizado e hierarquizado, com maior aproveitamento da rede pública de serviços básicos já existentes através de Convênios Trilaterais (envolvendo MPAS, MS e Secretarias Estaduais de Saúde), consubstanciados no PAIS - Programas de Ações Integradas de Saúde;
- c) Racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar, através do aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e pagamento das contas hospitalares, com a simplificação do pagamento de serviços a terceiros;
- d) Racionalização na prestação de serviços de custos elevados;
- e) Estabelecimento de níveis e limites orçamentários;

f) Participação ativa da sociedade na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial, assim como na sua gerência, nos níveis central, regional e local.

O Programa de Ações Integradas de Saúde, como programa é limitado, não contemplando toda a reformulação necessária no setor.

No processo de redemocratização do país também são eleitos, em 1983, prefeitos compromissados com a descentralização não até o nível estadual, mas até nível municipal. Apoiados nas experiências municipais, na elaboração de políticas locais de saúde e organização de serviços, os municípios passam a apontar para a descentralização dos recursos e da gestão e prestação de serviços de saúde para o nível municipal, ou seja, a municipalização dos serviços como estratégia da reordenação do Sistema de Saúde.

A Resolução número 6 da CIPLAN (Comissão Interinstitucional de Planejamento), em maio de 1984 resolve "aprovar a estratégia de reorientação do modelo assistencial de prestação de serviços de saúde, consubstanciados nas Ações Integradas de Saúde entre os governos federal, estaduais e municipais". Esta resolução é complementada pela Resolução CIPLAN número 7, da mesma data, que aprova o documento "Ações Integradas de Saúde - Orientação para Programação Anual e Avaliação Conjuntas".

Esse convênio, se ainda tímido frente a reordenação requerida pela realidade sanitária e à falta de assistência vivida pela população, teve o mérito de contemplar experiências de organização e prestação de serviços vividas por outros parceiros públicos, e em especial a nível municipal. No Brasil, em

meados da década de 70, surgiram em alguns municípios como Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Niterói (RJ), as primeiras redes de atenção à saúde como forma de enfrentar as deficiências do modelo vigente, e tendo como objetivo estender serviços essenciais a toda população, premidas que foram pelas demandas e realidades locais, bem como pelos vazios deixados pelas esferas estaduais e federal.

A proposta contida no AIS mantinha com o setor público a mesma lógica de compra e venda de serviços que a Previdência mantinha com o setor privado; também nessa lógica reforçava as ações curativas individuais. No entanto, propiciava o processo de descentralização das ações de saúde e melhoria na extensão de cobertura.

A extensão de cobertura deu-se quase que exclusivamente às custas do nível municipal: o repasse financeiro advindo do convênio AIS propiciou que as redes municipais fossem ampliadas, equipadas e organizadas segundo a realidade local; em muitos municípios, além da rede básica, outros equipamentos de saúde de maior complexidade foram assumidos pelo poder público; muitas das experiências aprofundaram a participação da população na formulação da gestão da política local de saúde.

A prioridade dada às AIS permitiu às prefeituras municipais a estruturação de suas secretarias ou departamentos municipais de saúde e, no âmbito da gestão colegiada - Comissões Interinstitucionais de Saúde - o amadurecimento como gestores (aqui entendido como o papel de planejar, gerenciar e executar ações de saúde), criando as condições básicas para a municipalização da Saúde. Se a gestão colegiada da AIS propiciou um primeiro

contato interinstitucional, ao mesmo tempo evidenciou o limite dessa instância como gestora; enquanto o nível municipal se caracterizava pela agilidade em implementar a política de saúde, as demais instâncias representadas - estadual e federal - ainda funcionavam na tradição centralizada e verticalizada, criando barreiras à gestão local. Estava, assim, dado o limite das AIS.

Na tentativa de romper esse limite, se organizava, a nível social, o movimento de reforma sanitária. Oriundo dos movimentos sociais urbanos dos anos 70, tem a participação ampla da sociedade civil, intelectuais da saúde, partidos políticos e, nestes tempos de abertura, começam a intervir e ampliar os projetos no sentido de consolidar as transformações necessárias para o setor.

As propostas do movimento da reforma sanitária em curso no país encontrará ressonância na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). O Relatório Final da Conferência reafirmava a proposta de criação de um novo Sistema de Saúde sob o princípio central de que Saúde é um direito de cidadania, portanto, um direito de todos e um dever do Estado. Os princípios deste Sistema já estavam apontados: universalidade, equidade, descentralização, controle social.

Esse Sistema delineado na Conferência subsidiará as discussões na Assembléia Constituinte de 1987 e servirá de diretriz básica na Construção do SUS, aprovado posteriormente na Constituição Federal de 1988.

A partir das discussões da VIII Conferência e com objetivo de romper com os limites das AIS, é criado o SUDS (Sistema Unificado de Saúde)

em 1987. Esse projeto aparece como uma estratégia intermediária que viabilizaria a unificação e descentralização.

"Com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde" (Exposição de Motivos 031, de 10.07.87, MPAS e MS), a proposta do SUDS incluía a estadualização e municipalização das estruturas do INAMPS e MS; transferência de recursos do INAMPS para aplicação nos serviços de saúde tanto para custeio como investimento, bem como pagamento dos serviços contratados e conveniados, cabendo a gestão financeira às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo como caixa os fundos de saúde ou IAPAS, dependendo de cada situação específica; gestão do pessoal do quadro permanente do INAMPS pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A característica fundamental do SUDS era preparar a unificação do Sistema, reestruturando as funções e estrutura do INAMPS, que passaria a ter como atribuição o planejamento, avaliação e controle das ações. Contemplava também a fusão do INAMPS/MS. Os convênios SUDS firmados em 1987 previam a municipalização da Saúde, estabelecendo-se metas a serem cumpridas quanto à transferência de atribuições e recursos para a gestão municipal. Essa proposta consolidava a liderança das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde.

Considerado "reformista" por alguns autores, o SUDS apresentou resultados notórios: expansão de cobertura, racionalização dos recursos, modernização gerencial. Segundo Almeida (1995), a proposta do SUDS é utilizada como instrumento de descentralização do Sistema de Saúde,

sobretudo quando permite e começa a quebrar o centralismo e o poder isolado do INAMPS, articulando suas Superintendências Regionais às Secretarias Estaduais de Saúde e reforçando a inserção e participação dos municípios no processo.

A Constituição Federal de 1988 incorpora as propostas da Reforma Sanitária e aprova o Sistema Único de Saúde. No seu artigo 196, a saúde passa a ser um direito de cidadão e um dever do Estado. As ações e serviços públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que é de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. A fixação de diretrizes para a reorganização do sistema público de saúde é expressa no texto constitucional.

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade ."

O avanço conceitual também é traduzido com a inclusão da saúde no âmbito da Seguridade Social. A existência de um orçamento para a Seguridade Social, estabelecido constitucionalmente, garantiria o financiamento para o setor

que, ao depender unicamente do orçamento fiscal, ficaria restrito em sua atuação.

A luta agora se concentraria na elaboração do arcabouço legal para a regulamentação e elaboração do SUS. É nesse período que são elaboradas as Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, onde são incorporados os princípios e diretrizes da Saúde da Constituição Federal.

A regulamentação do SUS é efetivada pelas Leis 8080 de setembro de 1990 e 8142 de dezembro de 1990. A primeira conceitua o SUS, trata dos objetivos e atribuições, dos seus princípios e diretrizes; a segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Dois anos se passaram da Constituição à elaboração das Leis. Esse intervalo de tempo propiciará que o desenvolvimento do SUS esteja sob a influência da política social do Governo Collor.

A expressão disso é uma configuração do SUS onde a idéia de sistema de responsabilidades compartilhadas entre as 3 esferas de governo é colocada por terra e a relação que se estabelecerá é entre nível municipal e federal.

A Norma Operacional Básica SUS 01/91 está centrada no estabelecimento de convênios diretamente entre o nível central e os municípios. Colocando de lado os critérios de financiamento propostos no artigo 35 da Lei 8080 (aliás, nunca regulamentado), o repasse financeiro estabelecido nos convênios de municipalização se dará por produção.

A concepção sistêmica de parcerias é substituída pelo entendimento que os níveis públicos estaduais e municipais são prestadores de serviços, recebendo o mesmo tratamento do setor privado. Esse modelo de financiamento inspirado no modelo do INAMPS é traduzido pelo estabelecimento da nova política de financiamento do SUS para 1991 envolvendo:

- Atividade ambulatorial, com a criação de um instrumento financeiro, a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA);
- Atividades hospitalares com os recursos transferidos na forma de AIH;
- Custeio da máquina Administrativa;
- Custeio de Programas Especiais de Saúde;
- Recursos para investimento.

Em agosto de 1992 é realizada a IX.º Conferência Nacional de Saúde cujo tema central "Saúde: a municipalização é o caminho" expressa a tentativa de retomada dos princípios e diretrizes do SUS. Essa Conferência, que tem grande participação da sociedade organizada (usuários, associações, sindicatos), ocorre num momento particular da vida política brasileira - o processo de "impeachment" presidencial.

A marca da IX.º Conferência, se assim for traduzida, é de um grande ato político: apoio à substituição governamental e reafirmação dos avanços e conquistas ocorridas no setor saúde na Constituição Federal de 1988.

O Governo Federal é substituído e um outro Ministério da Saúde é organizado. A sua composição técnica e política traz a marca do compromisso com o movimento da Reforma Sanitária e com os avanços acumulados pelas AIS/SUDS/SUS. A expressão disso é a publicação do Documento "A Ousadia de Cumprir a Lei" e da Norma Operacional Básica 01/93.

A NOB 01/93, como ficou conhecida, está em vigor até os presentes dias e ainda é referencial do processo de implantação do SUS. É ela que sistematizou o processo de gestão do sistema em diferentes graus de responsabilidades para municípios, estados e União.

Esta norma fortalece o nível municipal em seu papel de gestor do sistema; dá aos municípios os instrumentos para que possam planejar, executar, avaliar e controlar as ações de saúde da sua área de abrangência. Estabelece as três formas de gestão - incipiente, parcial e semiplena - que o município pode pleitear a partir da capacidade gerencial existente ou que virá a existir.

Essas formas de gestão tem no seu conteúdo um gradiente crescente de responsabilidades, sendo a semi-plena a mais avançada, implicando em maiores requisitos e mudanças da forma de funcionar das Secretarias Municipais.

Se na óptica de alguns autores é municipalista demais, por outro lado tem o mérito de recuperar / sistematizar o processo de descentralização, mecanismos de repasse financeiros e clarear as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do sistema. Não tendo a pretensão de ser definitiva,

pois o Sistema de Saúde ainda não está implantado, também é considerada uma Norma de transição. Uma vez que trabalha principalmente com o nível municipal que se estrutura como gestor, cria também a necessidade de que outros níveis de governo se transformem para assumir a complementação das ações.

Nesse sentido uma grande expectativa está depositada na NOB 1/96, ainda em discussão.

3 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JUNDIAÍ

Ao assumir a Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí, em janeiro de 1993, um grupo de técnicos da Saúde tinha clara e nítida sua tarefa. Norteada pelos preceitos constitucionais e legais a competência municipal estava transformada: de prestador até então, o município passava a ser o gestor do Sistema de Saúde local e base do reordenamento dos serviços na perspectiva da implantação do SUS.

Para assumir o ser gestor, a Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí passou e passa por um processo intenso de transformação: interno (a Secretaria e seus serviços) e externo (ao Sistema e a relação com os prestadores), balizados nos pressupostos que saúde é um bem público, que saúde não é só assistência médica e que o paciente não é objeto mas sujeito das ações de saúde.

Para o município de Jundiaí, com 300 mil habitantes estimados, a estrutura de serviços públicos de saúde contava com:

- Vinte e três unidades básicas de saúde (UBS);
- Um ambulatório de retaguarda, desenvolvendo os programas de tuberculose, hanseníase, planejamento familiar, nível secundário do controle de câncer ginecológico e DST;
- Um hospital geral, com 196 leitos, o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo cedido em comodato à Prefeitura Municipal de Jundiaí desde 1982;
- Pequena estrutura de Vigilância Epidemiológica e Sanitária com atuação bastante tímida frente à realidade sanitária municipal.

Com uma tradição assistencial calcada na assistência privada, a Secretaria Municipal de Saúde sempre teve um papel residual tanto no aspecto da assistência propriamente dita, quanto na sua inserção como gestor do sistema.

Deve-se lembrar que em apenas 2 momentos foram escolhidos secretários municipais que não estavam vinculados a grupos médicos: 1983 e 1993, ambos na administração do prefeito atual.

Resultado e resultante de administrações que não privilegiaram o setor Saúde, o grupo gestor assumiu uma estrutura com as seguintes características:

- A oferta de serviços de saúde, pelas unidades básicas de saúde, estava limitada a ações bastante simples: vacinação, pré-natal normal, puericultura; a incorporação da assistência médica era irrelevante;

- O sucateamento dos equipamentos de saúde era a tônica: Unidades acanhadas em sua estrutura física (algumas em estado precário de conservação), desequipadas e com o quadro de profissionais muitas vezes inadequado em número e qualidade até para desempenharem aquelas ações descritas acima. O mesmo diagnóstico pode ser aplicado ao Hospital;

- Modelo de gestão centralizado e verticalizado, padecendo também da inadequação dos quadros de nível central que dessem conta da dinâmica de funcionamento da própria Secretaria. Impermeável ao controle social, o Conselho Municipal de Saúde era o indicado pelo prefeito anterior, ferindo todos os aspectos constitucionais e legais do SUS.

Quando se refere às transformações necessárias para a Secretaria Municipal de Saúde se tornar gestor local, escolheu-se inicialmente trabalhar em duas vertentes: mudança do modelo assistencial com ênfase no fortalecimento do setor público de atenção à saúde e a democratização da gestão do Sistema Municipal de Saúde.

O modelo assistencial, ou o modo de ofertar os serviços, deveria contemplar com a mesma ênfase as ações individuais e coletivas, preventivas e curativas, compatibilizando-as com o padrão de morbi-mortalidade do município. A integralidade das ações deveria balizar todos os níveis do Sistema.

As unidades básicas deveriam ser a porta de entrada preferencial do Sistema; para tanto foram preparadas para o atendimento das demandas imediatas, fazendo o chamado pronto-atendimento (resposta ágil à queixa imediata) bem como atendimento programático a grupos específicos da população (criança, mulher, adulto).

Nesse sentido, todo um movimento de recuperação física das UBS e incorporação de pessoal e equipamentos entrou em curso na Secretaria Municipal. Par e passo iniciava-se a recuperação do Hospital.

Ao término do primeiro ano de gestão, a Secretaria realizou um Seminário interno, com a participação de todos os seus técnicos, cujas conclusões resultaram nas seguintes diretrizes trabalhadas durante o período subsequente:

- Resgate da humanização do atendimento simultaneamente à progressiva incorporação de novos procedimentos em todos os níveis do Sistema;

- Melhoria da resolutividade da rede de unidades de saúde;

- Incremento da inserção social da rede básica, aqui entendido que as unidades deveriam ser dinâmicas e pró-ativas na resolução dos problemas de saúde de sua área de abrangência;

- Resgate da dignidade de exercício das profissões da saúde.

Com relação à democratização da gestão do Sistema Municipal de Saúde, os documentos oficiais deixam claro que o grupo gestor da Secretaria

Municipal de Saúde sempre teve a dimensão de que a tarefa a que se propunha exigia o engajamento participativo da comunidade, pois a ela era dirigida e era ela a razão primeira e única de todas as ações e serviços desenvolvidos.

Nesse sentido a estrutura administrativa da Secretaria foi formulada tendo como princípios básicos a integração, a descentralização e a democratização. Assim foram criadas regiões de saúde, num total de 3 (três), com uma coordenação regional cujo objetivo é coordenar as ações de saúde de sua região. Dentro da linha de planejamento ascendente, essas regiões tem o papel de consolidar as propostas de reformulação do atendimento, consolidá-las de modo que haja a resolução da maioria dos problemas de saúde de sua área de abrangência.

No nível local a ênfase foi dada na criação da figura do gerente das unidades, que tem a responsabilidade e autonomia para adequar os serviços às peculiaridades e necessidades de saúde de sua área de abrangência, em consonância com o projeto regional e as diretrizes da Política Local de Saúde.

Essa estrutura, para seu funcionamento, exige um modelo de gestão que contemple a democratização dos serviços, entendida como uma gestão permeável ao controle do usuário interno (participação do pessoal da saúde) e externo (participação da sociedade). Assim, algumas instâncias colegiadas de direção do sistema foram criadas contemplando as diferentes dimensões:

- Conselho de representantes de serviços, onde a política de saúde em todos os seus aspectos são discutidos e avaliados;

- Conselhos Locais de Saúde (Conselho Gestor das UBS), onde uma representação tripartite - Administração, funcionários e população - atuam na gestão dos problemas de saúde da área coberta pela UBS;

- Conselho Municipal de Saúde, instância máxima do Sistema Local de Saúde, com suas funções deliberativa, fiscalizadora e normatizadora da Política Municipal de Saúde;

- Fundo Municipal de Saúde que, no entender do grupo gestor, não é um mero instrumento burocrático para atender determinação de órgãos centrais, mas um meio de obter transparência e eficiência na administração da Saúde do Município.

No triênio 93/95 foram realizadas duas Conferências Municipais de Saúde: a primeira teve como consequência a eleição do COMUS (Conselho Municipal de Saúde) dentro dos preceitos constitucionais e legais dado que, em Jundiaí, na lei que o instituiu e que foi revogada em 1993, os seus membros eram indicados pelo Prefeito Municipal. Esse primeiro Conselho teve um papel fundamental no acompanhamento e fiscalização da execução da Política Local de Saúde, principalmente das suas diretrizes assistenciais e de gestão acima mencionados.

Se, desde o início a Secretaria Municipal de Saúde teve como diretriz assumir para si o papel de gestor local, é em 1994 que, em consonância à Norma Operacional Básica 01/93 pleiteia a condição mais avançada de gestão - a semi-plena.

As medidas implementadas de janeiro/93 a outubro/94 (data do período de inclusão do município na condição de gestão semi-plena) vieram formalizar um papel que a Secretaria já vinha desenvolvendo. Mais do que cumprir com as exigências burocráticas de inclusão, a Secretaria já era conhecida como gestor local: internamente incorporando ações que pertenciam a outros níveis públicos de gerência (a assunção das ações/atividades de Vigilância Sanitária e Epidemiológica em todos os níveis é um exemplo) e externamente, na interlocução com outros parceiros da assistência médico-hospitalar no sentido de reorientar as ações de saúde e na perspectiva da implantação do SUS.

Coerente com a linha técnico-administrativa inaugurada em 1993, a gestão semi-plena se implanta em março de 1995: a municipalização de saúde não deve reproduzir, em dimensão municipal, as estruturas estadual e federal agora sob comando local, mas pensar o "novo".

Essa redefinição de papéis e responsabilidades institucionais oferece a possibilidade de repensar o modelo e a organização da assistência, definir quais interesses serão preponderantes (da vida, dos cidadãos/usuários, das corporações ou de quem lucra com o setor) para de fato estabelecer o caráter público da atividade, independente de quem presta os serviços, se o Estado ou o setor privado. Há que se reestabelecer/reordenar a gestão tanto no que se refere aos objetivos das organizações prestadoras do setor saúde, como das formas de administrar os recursos e, principalmente, dos mecanismos de intervenção e participação dos usuários e dos trabalhadores na consecução dos objetivos, processos e finalidades dos serviços (gestão de qualidade/participativa).

II - AVALIAÇÃO E CONTROLE

A preocupação em avaliar Saúde, quer no seu sentido mais restrito (aspectos técnicos e operacionais), quer no sentido mais amplo (para além da assistência, mas como resultado das condições de vida de uma população) é antiga.

No nosso país, o sistema de avaliação e controle das ações de saúde sempre teve muito mais a característica de controle do que propriamente avaliação. Serviu para legitimar as ações da burocracia envolvida do que propriamente ser um instrumento facilitador para gerência, no sentido de fornecer feed-back sobre a adequação/compatibilidade das ações versus realidade sanitária e qual seu impacto sobre o nível de saúde da população.

O sistema de informação, avaliação e controle guarda relação direta com os modelos assistenciais implantados em nosso país.

Assim, desde que os recursos previdenciários passaram a financiar a prestação de serviços médico-hospitalares (1923 até os dias atuais) é que o sistema existe.

A criação dos IAP's em 1933 marcam a característica do modelo assistencial: contratação de serviços de terceiros e prioridade para internações hospitalares. Esse modelo, de custos crescentes, vai ser consolidado com a Unificação dos Institutos em 1967, na figura do INPS.

Uma evolução da participação percentual da Assistência Médico Hospitalar sobre o valor da receita total da Previdência Social já apontava para a necessidade da criação de mecanismos de contenção de gastos: de 14,89% em 1966 passa para 30,16% em 1973.

Em 1974 é criado o MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) e com ele, dada a situação de assistência à população, é proposto o PPA (Plano de Pronta Ação) que permite o atendimento ambulatorial (urgência e consulta) pelo setor privado. A falta de controle nas contratações e a forma de pagamento - US (Unidade de Serviço) - ensejam o superfaturamento e, no final de 1976 o MPAS fecha um balanço com déficit.

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares que passam a ser pagas através da Guia de Internação Hospitalar (GIH). Estabelecem-se metas físicas, índices, parâmetros como mecanismo de contenção, mas não se altera o modelo implantado (restritivo, centrado na atenção hospitalar e indutor de superfaturamento).

Em 1978, sob o risco de inadimplência resultante da somatória da recessão econômica e do modelo assistencial implantado, é criado o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social). Entre os órgãos criados está o INAMPS, uma autarquia para cuidar da assistência médico-hospitalar

previdenciária, com suas Superintendências Regionais e suas representações municipais. Deve-se salientar que a ocupação desses espaços nem sempre se deu sob a lógica de viabilizar o Sistema de Saúde; ao contrário, o que prevaleceu foi a escolha privilegiadora de interesses privados com consequentes aumentos dos credenciamentos, independentemente de sua necessidade ou não.

No final de 80 é reconhecido o esgotamento do modelo de assistência médica. O CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), criado em 1981, pelo Decreto n.º 86329 tem como um dos objetivos propor medidas de avaliação e controle para o Sistema de Assistência Médica. Em 1983 introduz-se uma nova modalidade de pagamento através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

As profundas transformações nos modelos de assistência e gestão do Sistema de Saúde - AIS, SUDS, SUS - culminarão com a portaria Ministerial 896 de junho de 1990; esta portaria cria dois sistemas de informação: SIH - SUS (Sistema de Informação Hospitalar, em substituição ao SAMPHS - Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social) e SIA - SUS (Sistema de Informação Ambulatorial).

As informações geradas pelo sistema e processadas centralizadamente pela DATA PREV tem como objetivo inicial o combate de irregularidades e não o conhecimento das causas/motivos da procura de assistência. A AIH é tão somente um instrumento potencial de avaliação do serviço hospitalar e planejamento.

Ao se reportar ao Manual de Controle, Avaliação e Auditoria no SIH/SUS e SIA/SUS, observa-se que a lógica daquelas ações não são diferentes das observadas anteriormente - controle de custos e controle de produção, que na sua melhor tradução seria controle de despesas, dado que a receita é fixa e fixada nos tetos financeiros para as atividades ambulatoriais e hospitalares.

O sistema de controle, avaliação e auditoria médica do então INAMPS, criado em 1984 pelo seu Presidente, tinha como base os postulados do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (portaria n°. 3046/82) e os princípios do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar de Previdência Social (SAMHPS/AIH).

Os atos normativos (RS INAMPS n°. 45/84 de 12/07/84, INAMPS 61/84 de 22/08/84 e INAMPS n°. 63/84 de 13/09/84) posteriormente editados culminaram com a edição do Manual de Auditoria Médica.

Este tinha como conceito o conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais que buscavam a caracterização definida do desempenho assistencial efetuado pelos integrantes de todos os níveis de execução, notadamente os referenciados às Unidades médico-assistenciais próprias, contratadas, conveniadas e em regime de co-gestão. Visava preservar o adequado cumprimento das normas, índices e parâmetros regulamentares para o alcance do objetivo final: melhoria da qualidade médico-assistencial, da produtividade e o ajuste operacional sob a garantia dos princípios éticos tradicionais.

A justificativa apresentada então era de que, para a assistência médica prestada predominantemente contratada (privada), tornava-se necessário um sistema de controle mais eficaz com objetivo de analisar custos e a produtividade dos serviços prestados, garantindo também a avaliação de qualidade dos serviços executados, conforme princípios estabelecidos pelo CONASP.

As ações desenvolvidas para atingir os objetivos eram assim desenvolvidas:

- Auditoria médica regular: periódicas, sistemáticas e previamente programadas com o objetivo de examinar a produção, custos e qualidade em caráter de rotina;

- Auditoria médica especial: realizada para apurar denúncias, indícios de irregularidades. A execução era efetuada de forma analítica (via análise de relatórios, informações e outros instrumentos) e operativa, com a presença de auditores em órgãos e serviços.

A avaliação, classificada como auditoria, era realizada inicialmente pelo nível local (Serviços de Medicina Social-SMS). Consistia em visitas aos hospitais de forma programada ou por ordem superior. Os instrumentos analisados, por amostragem, eram o laudo para emissão de AIH, AIH, laudo médico para mudança de procedimento ou utilização de órteses/próteses e materiais especiais, prontuário médico e outros.

No nível regional, era realizada pela Superintendência Regional do INAMPS. Aqui combinava-se custos, produção e qualidade utilizando-se dos

instrumentos: relatório de processamento de dados de produção/financeiro; relatório das SMS locais, Boletim de Serviços Produzidos, Tabela de Procedimentos, Cadastro, Relatórios de Auditorias de Rotina. Tinha caráter analítico e operativo uma vez que podia, de acordo com resultados encontrados, gerar auditorias in loco para correção de distorções.

A Diretoria Regional do INAMPS (nível central) enfocava custos e produção e era de caráter eminentemente analítico usando como instrumentos os boletins condensados das Superintendências Regionais.

Analizando as formas de avaliação, seus fluxos, observa-se que todas as ações eram posteriores aos fatos e tinham basicamente caráter contábil-financeiro. Outra característica era a não autonomia dos auditores locais: ao detectar irregularidades deveriam submetê-las à apreciação de órgãos regionais para então dar o "start" ao processo punitivo. A centralização da decisão para um universo de prestadores espalhados pelo país (cerca de 6.000 hospitais) indica a impossibilidade de uma prática de avaliação que não fosse meramente burocrática ou, melhor dizendo, se atesse à análise de relatórios e boletins.

Com as mudanças ocorridas no Sistema de Saúde, as atribuições do INAMPS passam a ser exercidas pelos estados e municípios no que concerne à avaliação e controle. A partir de 1990 são criados os sistemas de informação SIA-SUS e SIH-SUS. Ainda guardando maior relação com controle do que com avaliação, em suas definições já é notória a preocupação com aspectos mais abrangentes que o controle contábil-financeiro. Essas definições estão contidas no Manual de Controle, Avaliação e Auditoria do SIH-SUS e SIA-SUS.

"AUDITORIA - consiste no exame analítico e pericial prévio, concomitante e subsequente de legalidade dos atos de administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como da regularidade dos atos técnico-profissionais, praticados no âmbito do SUS, por pessoas físicas e jurídicas integrantes ou participantes do sistema.

AVALIAÇÃO - consiste na análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde no âmbito do SUS, visando verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade estabelecidos pelos órgãos componentes do sistema.

CONTROLE - consiste no monitoramento de processos com objetivo de verificar a conformidade do desempenho aos padrões estabelecidos e de detectar situações de alarme que exijam uma ação avaliativa mais profunda. "

Encontramos ainda, no mesmo Manual:

"O controle, avaliação e auditoria, como citados nos conceitos e definições, baseiam-se inicialmente na Programação da Assistência Hospitalar, física e financeira, de acordo com parâmetros técnicos e tetos financeiros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade Federada

Esta programação deverá estabelecer:

A - Teto físico de internação de acordo com portaria do Ministério da Saúde que estabelece 9% ao ano, da população do estado.

B - Teto financeiro estabelecido de acordo com o valor médio da AIH (série histórica) por estado."

É inegável que a conceituação é mais abrangente e tende a compatibilizar-se com as tendências ou entendimentos atuais de avaliação e controle. Mas outra vez, a preocupação financeira permeia as ações de avaliação e com isso define, por exemplo, que 9% da população por ano será internada, sem levar em consideração os padrões divergentes de morbimortalidade loco-regionais.

Mesmo com esses limites apresentados, não se pode desconhecer que o Sistema Único de Saúde vive um momento especial - o da descentralização da gestão. Se de um lado as estruturas da informação ainda são mantidas centralizadas, por outro lado é competência municipal, em gestão incipiente, parcial e semi-plena, controlar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde sob sua gestão (privados a públicos, contratados ou conveniados) como observado no Decreto Federal 1651 de 28/09/95, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

Nesse sentido, as atividades de controle e avaliação devem ir além da lógica atual (contábil-financeira) contemplando a lógica de necessidade da clientela, agregando componentes como análise epidemiológica e avaliação da qualidade dos serviços.

Hoje já não se discute mais a necessidade de avaliação da qualidade nos serviços de saúde. O que se discute é como avaliar e que método utilizar. Os vários enfoques derivam da dificuldade de se conceituar qualidade em Saúde ou definir seus componentes.

Há quase sete décadas, Lee e Jones definiram a qualidade da atenção médica segundo oito "artigos de fé" (Fundamentos da Boa Atenção Médica, 1933):

- Bases científicas para a prática da medicina;
- Prevenção;
- Cooperação entre consumidores e provedores de serviços;
- Tratamento integral do indivíduo;
- Relação estreita e contínua entre médico e paciente;
- Serviços médicos integrados e coordenados;
- Coordenação entre atenção médica e os serviços sociais;
- Acessibilidade da atenção para toda a população.

Para Donabedian (1966), alguns são atributos do processo e outros são metas deste processo. De fato, hoje a acessibilidade à atenção vai se transformando em direito à atenção e este ao direito de atenção de boa qualidade.

Para o grupo de estudos sobre eficiência médica da OMS (1967), qualidade dos serviços é composta por três componentes: suficiência, eficiência e qualidade técnico-científica. Em 1969, a Associação Americana de Saúde Pública acrescenta a estes componentes a satisfação dos consumidores e a satisfação dos prestadores com o trabalho.

Hamnu Vuori (1988), apresenta como características desejáveis da qualidade em cuidados de saúde e serviços de saúde:

- Efetividade;
- Eficácia;
- Eficiência;
- Equidade;
- Aceitabilidade;
- Acessibilidade;
- Adequação;
- Qualidade científica-técnica.

"Como metas de política de saúde, elas em princípio obedecem uma hierarquia e uma seqüência lógica. Primeiro e acima de tudo os serviços de saúde tem que ser capazes de produzir o efeito desejado, isto é, tem de ser eficazes. No entanto, devido a fatores organizacionais, situacionais e outros fatores limitantes, um serviço com eficácia, tomado em seu uso rotineiro, nem sempre atinge seu potencial máximo. Portanto, a efetividade de um serviço - a relação de seu impacto real com seu impacto potencial numa situação ideal (num laboratório, por exemplo) tem que ser determinada. Serviços efetivos podem ser proibitivamente caro. Deste modo , o próximo passo consiste em determinar sua eficiência, isto é, a relação entre o impacto real e os custos de produção."

Uma vez demonstradas eficácia, efetividade e eficiência, há que se tomar outra decisão: o que produzir e como distribuir os serviços.

Para Vuori, diretrizes comumente aceitas são:

- Eqüidade (distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas pela população);
- Acesso (remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para utilização dos serviços disponíveis);
- Adequação (suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda);
- Aceitação (fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial);
- Qualidade técnico-científicas do cuidado (nível de aplicação do conhecimento e tecnologia).

O autor coloca que mesmo elencando os componentes da qualidade, outra vez estes são priorizados segundo critérios estabelecidos ao nível da política de saúde. Para ele, muitas vezes a abordagem tradicional e mais específica de qualidade científico-técnica fica postergada segundo aqueles critérios em favor de questões como efetividade, eficiência, eqüidade e acessibilidade. "Pode haver razões legítimas para deixar para depois a adesão completa à qualidade científico-técnica, caso as questões mais prementes não

tiverem sido resolvidas satisfatoriamente. É melhor oferecer alguns serviços a todos que excelentes serviços a uns poucos apenas" (Vuori,H., 1988).

Gomes (Gomes,1989) acrescenta a estes componentes outros dois:

- Continuidade : o tratamento do paciente dentro de uma perspectiva integral mediante o qual o paciente recebe os serviços necessários em seqüência adequada e intervalos de tempos apropriados;

- Comunicação eficaz médico-paciente: seria a interação entre o prestador e o consumidor que facilita e promove eficazmente a cooperação do paciente em relação às observações prescritas pelo médico.

Donabedian em seu artigo The Seven Pillars of Quality, considera que sete atributos do cuidado de saúde definem sua qualidade:

- Eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para melhoria das condições de saúde; é a capacidade da arte e ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem estar. Significa o melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;

- Efetividade: em contraste com a eficiência, é a melhoria na saúde que é alcançada ou esperada, nas condições usuais da prática cotidiana; são as melhorias de fato obtidas;

- Eficiência: é simplesmente a medida do custo que uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de igualdade são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;

- Otimidade/Otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios;

- Aceitabilidade/Aceitação: conformidade com as preferências do paciente no que concerne à acessibilidade, relação médico-paciente, às amenidades, os efeitos e o custo do cuidado prestado;

- Legitimidade: seria a aceitação do cuidado, na forma como é visto pela comunidade ou sociedade em geral;

- Eqüidade: igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Um dos pontos polêmicos na discussão da qualidade é a questão de custos. Deve ou não constar como atributo ou aspecto de qualidade ?

Para Donabedian, "valores bem estabelecidos na prática de saúde instigam-nos a buscar a melhoria possível e idealizada para cada paciente, e todos concordam que o desejável é obter tal melhoria ao menor custo". Ainda para o autor, "atos desnecessários e caros desnecessariamente, mesmo que não interfiram com a possibilidade de alcançar a melhor melhoria possível na saúde, denunciam tão claramente uma atitude inepta, negligente ou socialmente irresponsável que se torna difícil de não enquadrar a eficiência num relacionamento direto com a qualidade".

Para Malik (Malik,1996), "qualidade é o reconhecimento de um termo do qual se atribui valor subjetivo, sendo hoje vendido como algo que varia praticamente de interlocutor para interlocutor".

Assim, o que se considera "saúde" e o valor que se atribui a estas mudanças depende de quem formula a definição e faz a valoração: o profissional de saúde, o administrador, o gestor da política, o cliente...(Gomes,1989).

Segundo Vuori (1988), "a noção de qualidade varia com os interesses de grupos diferentes - planejadores de saúde, administradores, prestadores de serviços e consumidores - que podem ter diferentes visões do que constitui a melhor qualidade ou, no mínimo, podem enfatizar diferentes aspectos da qualidade. Se por um lado os planejadores desejam enfatizar a equidade e a adequacidade, por outro o que mais interessa aos administradores é a eficiência. Os prestadores do serviço de Saúde e os consumidores tem maior interesse na efetividade e na qualidade da alta tecnologia científica, mas a acessibilidade e aceitabilidade são muito mais importantes para os consumidores do que para os prestadores".

Tomando aceitabilidade como sinônimo de adaptação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias, "pode-se dizer que aceitabilidade depende das avaliações subjetivas do paciente quanto à efetividade, eficiência e otimização, mas não inteiramente" (Donabedian, 1990). Outros elementos, para ele, fazem parte do cenário:

- Acessibilidade entendida como a possibilidade de obter cuidado, de forma fácil e conveniente;
- Relação médico-paciente;

- As amenidades do cuidado ou propriedades do cenário em que se dá o cuidado (convenientes, confortáveis e agradáveis);

- Preferência do paciente pela efetividade do cuidado: o entendimento de vários estados de saúde/doença são distintos entre as pessoas e, assim, quando colocadas as possibilidades de tratamentos elas podem escolher diferentes caminhos que, por sua vez, também pode ser distintos do que o profissional julga ser o mais apropriado;

- Preferência do paciente quanto ao custo do cuidado: para um mesmo tratamento há divergências, entre pacientes, ao quanto devem pagar ou mesmo quanto ao custo/benefício.

Ao ampliar-se o conceito de aceitabilidade para o de legitimidade, estaremos olhando os cuidados de saúde sob o ponto de vista da sociedade em geral. "Frequentemente a sociedade tem uma visão de custos muito diferente daquela dos indivíduos. A principal razão radica-se no financiamento social do cuidado. Quando parte ou totalidade dos custos do cuidado é pago por um agente intermediário, o nível do cuidado que os indivíduos gostariam de ter excede, em geral, o que a sociedade considera razoável financiar. Por todos esses motivos e outros similares, o que a sociedade considera ser um cuidado "ótimo" difere da opinião dos indivíduos. Difere também no que se avalia como equitativo ou justo" (Donabedian, 1990).

O outro atributo da qualidade, a equidade, é, para o autor, um compromisso moral e que junto com o acesso constituem essencialmente uma questão de política pública. Para Novaes (1994), a qualidade da assistência em

saúde, bem como a qualidade de produtos e/ou serviços, depende em grande parte da formação de uma consciência sobre os direitos dos consumidores e/ou usuários e do desenvolvimento de ações coletivas que visem fazer a passagem dos direitos dos consumidores para os de cidadania.

A definição de qualidade na atenção à saúde é multidimensional, carregada de valores e dinâmica (mudando de acordo com as incorporações tecnológicas e as expectativas dos consumidores). A discussão do conceito contempla aspectos técnicos e aspectos interpessoais interagindo na atenção ao paciente; a satisfação com a atenção aliada a custos ; e, a visão divergente (e às vezes conflituosa) quando se assume perspectivas sociais ou individuais na definição de qualidade (Donabedian, 1975).

Muitos componentes, muitas interpretações levam a muitas definições de qualidade. Para Gomes (1989) duas são as tendências para defini-la: a definição individual, na qual o custo-benefício da atenção é considerado a nível do paciente individual, e a definição social na qual o custo-benefício da atenção é estimado a nível da sociedade em conjunto.

Se definir qualidade dos cuidados é uma tarefa bastante difícil, medi-la à luz de seus elementos é um desafio.

No dicionário da língua portuguesa (Ferreira, 1986) avaliar consiste em determinar o valor, apreciar ou estimar o merecimento ou fazer idéia e, conseqüentemente, avaliação, o ato ou efeito de avaliar ou o valor determinado pelos avaliadores. Para que se aprecie, analise ou se dê valor é necessário, inicialmente, uma definição clara do que se quer obter. A partir daí, a avaliação é

a emissão de um juízo ou valores entre o real encontrado e o estabelecido (desejado).

Por definição, juízos de valor dependem do observador, de modo que a avaliação responde às questões subjetivas, voltadas aos interesses, critérios e valores de quem avalia. O resultado de uma avaliação deverá ser que alguma coisa tenha, para determinado avaliador, mais ou menos valor do que outra. (Malik,1995).

Em 1984 foi feito um esforço de sistematizar a terminologia usada em nível internacional para avaliação e controle (monitoramento):

Monitoramento (vigilância/fiscalização): "é a vigilância contínua e periódica da implementação de uma atividade (e seus distintos componentes) a fim de assegurar que a entrada (input), o processo e a produção prevista (output) funcionem como previsto". Pressupõe um seguimento longitudinal.

Avaliação: "é um processo que visa assegurar o mais sistematica e objetivamente possível a relevância, a efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos. É uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem. É um processo organizativo que visa melhorar as atividades em andamento, quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões". É uma espécie de corte transversal.

O objeto da avaliação pode ser visto de diferentes ângulos. No caso dos serviços de saúde, se o avaliador for a sociedade, interessa a ela se esses serviços correspondem às suas necessidades. Diferem as perspectivas do gestor e do prestador, num processo de avaliação, num mesmo modelo

assistencial aqui tomado como a forma como se oferecem os serviços à população.

Gomes (1989) coloca a tradição da avaliação de serviços de saúde baseada na qualidade dos serviços prestados por um médico individual ou como parte do planejamento normativo do serviço, avaliando a produção numérica das unidades ou dos médicos, de forma desvinculada das necessidades da população e do conteúdo da assistência prestada.

Novaes (1994) observa que "para os profissionais, prevalecem os critérios estritamente técnicos de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, e que também são influenciados pelas suas próprias percepções, definidas pelo contexto de onde trabalha, da escola médica responsável pela sua formação e seus valores pessoais intrínsecos". Para o autor, essas condutas podem ser observadas nos prontuários dos pacientes, porém oferece limitações como a falta de informações sobre a relação médico-paciente e até a mais comum: falta de anotação e observações clínicas.

Não existe um único e melhor método capaz de fazer uma avaliação abrangente sobre qualidade em saúde. Isto é válido também para o estabelecimento de um padrão de qualidade: não existe um único padrão pois este é função do tempo, do lugar e suas realidades sócio-culturais. O que existem são abordagens metodológicas para avaliação assim classificadas: análise de sistemas, abordagem por objetivos comportamentais, apoio à tomada de decisões e abordagem por aprendizagem; essas abordagens não são mutuamente excludentes e podem ser usadas complementarmente (Gomes, 1989).

Vuori (1988), ao classificar os métodos de avaliação faz uma analogia com processo de produção. "Quando o paciente entra no sistema de cuidados de saúde, aciona um processo de produção que consiste em: anamnese, diagnóstico, tratamento (incluindo reabilitação) e seguimento. Para tal processo são necessários certos pré-requisitos como o Sistema de Saúde, os profissionais de saúde, instrumentais (devices) e drogas. Estes podem ser chamados de estrutura de atenção à saúde. O processo de atendimento deve levar a um resultado desejado expresso em termos de melhoria da saúde, da capacidade funcional restaurada ou alívio da dor e do sofrimento e da satisfação do paciente".

Esta analogia se aproxima da linguagem da análise de sistema, usada grandemente em avaliação. Sendo um sistema, a análise se faz através de seus componentes: input (entradas), produção (processo) e output (resultados).

"As análises de sistema que se limitam à relação input/output tem sido muito criticadas por várias razões: orientam a avaliação principalmente na perspectiva dos administradores, governos, economistas, etc e excluem as percepções da população e dos trabalhadores de saúde que não pensam em termos de componentes do sistema; tem um potencial simplificador através da redução da realidade complexa a um pequeno número de indicadores; apresentam uma falsa certeza nas conclusões, uma vez que se expressam em termos objetivos e quantitativos do sistema" (Gomes, 1989).

O sistema proposto por Donabedian (1966) também deriva da abordagem da análise de sistemas porém, para alguns autores, de uma forma mais flexível e ampla, sendo reconhecido como o referencial teórico para outras

abordagens. Para ele a avaliação compreende e trata de três objetos: estrutura, processo e resultado.

Estrutura: são "as características relativamente estáveis dos prestadores de serviços, das ferramentas e recursos disponíveis e do contexto físico e organizacional no qual trabalha (Donabedian). Inclui observações sobre recursos como estrutura física (planta física e sua adequação), tecnologia incorporada (equipamentos), materiais, pessoal (tipo, quantidade e qualificação), financiamento. Para Malik (1995) na abordagem da estrutura inclui-se o apoio político. Gomes (1989) inclui acessibilidade e a definição da população com direito ao uso do serviço e caracteriza avaliação da estrutura como determinante do potencial do sistema.

Processo: "vincula-se à adequação a padrões técnicos estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, assim como às expectativas de grupos profissionais responsáveis pela execução de determinada tarefa quanto a maneira de ser feita" (Malik, 1995). Donabedian define o processo como um comportamento normativo.

Resultado: definido por Donabedian como a mudança no estado de saúde atual e futuro do paciente atribuível à assistência médica anterior, incluindo tanto mudanças sociais e psicológicas como as tradicionais físicas e fisiológicas, assim como as de atitude, satisfação e comportamento. Para Malik (1995) o resultado envolve satisfação, desde a do usuário até a do trabalhador ligado à execução. "É o mais relevante para os objetivos da atenção em saúde; proporciona o meio mais prático para avaliar a qualidade da atenção prestada por um sistema e recebida por uma população. Não é o único mas é o melhor

enfoque para comparar prestadores; e os resultados são o ponto de partida para todos os estudos relacionados com eficiência" (Vuori, 1988).

As diferentes abordagens tem seus prós e seus contras. Uma boa e adequada estrutura, pressupõe-se, garante um bom e correto processo que assegura o resultado esperado. Esta cadeia de pressupostos nam sempre é encontrada na prática. Na saúde a boa estrutura pode não garantir bom resultado. Ao se estudar processo utilizando o prontuário médico como base de dados, nem sempre o prontuário bem preenchido é sinônimo de bom atendimento; os resultados, por sua vez, podem ser de longo prazo e de difícil mensuração.

Foi dito no início que qualidade e avaliação guardam uma estreita relação. Para aferi-la é necessário antes definir a qualidade. Assim sendo, avaliação é um meio para se dizer se algo tem ou não qualidade.

Para Novaes, "no âmbito da avaliação, o para quê? por quê? qual o propósito? e o como? são perguntas básicas que temos que responder antes de iniciar os nossos sistemas para garantir a qualidade. Ao se garantir qualidade assumi-se um compromisso, não somente para avaliá-la, mas para mantê-la permanentemente".

A preocupação da garantia com a qualidade nos serviços de saúde tem uma longa tradição. Para Azevedo (1993), o aparecimento do hospital moderno deu-se a partir de uma proposta organizada que já apontava para o controle de qualidade de estrutura e processos. Nesse sentido, o Relatório Flexner (1910) é considerado por alguns autores como a primeira sistematização contemporânea

da avaliação da assistência médica: não só apontou a situação precária dos hospitais americanos como também recomendou um maior controle nas práticas assistenciais.

Se no Relatório Flexner a ênfase se dava na estrutura e processo, é o cirurgião Codman (1916) quem enfatiza a abordagem de resultados: registrou o resultado imediato de todos os pacientes operados por ele, assim como reexaminou-os um ano e meio depois, a fim de apurar o resultado final (Vuori, 1988).

É nos Estados Unidos que, em 1919, sob o patrocínio do Colégio Americano de Cirurgiões, são definidos os padrões do que se considera hospital hoje.

Para Azevedo (1993), os esquemas de controle (corpo clínico definido, exigência de diploma e registro profissional, normas de construção e alvarás de funcionamento em saúde, por exemplo) desenvolveram-se dentro do que hoje é conhecido como **Garantia da Qualidade**, ou seja, "a existência de um grupo de pessoas dentro da organização preocupadas e diligenciando para que critérios mínimos sejam observados nas fases distintas do processo produtivo". É da área industrial e nos trabalhos de Deming e Juran que as novas concepções de qualidade trazem lições e são introduzidas mais recentemente no setor saúde como a Gerência da Qualidade Total (Total Quality Management - TQM) e a Melhoria Contínua da Qualidade (Continuous Quality Improvement - CQI).

Para Berwick (1990), o Gerenciamento da Qualidade Total (TQM) envolve hoje tanto a integração horizontal (em todas as funções) como vertical

(em todos os níveis hierárquicos) da empresa na sua focalização estratégica de qualidade. Para Azevedo (1993) a Melhoria Contínua da Qualidade (CQI) faz com que a organização compare seus resultados dentro de uma série histórica ou com os de outras organizações semelhantes, na busca sem limites do "defeito - zero".

Em qualquer das abordagens - Garantia da Qualidade, Gerência da Qualidade Total ou Melhoria Contínua da Qualidade - a tarefa é buscar indicadores que revelem os processos que se deseja monitorar.

Independente de quais instrumentos possam ser utilizados (questionários, roteiros, check-list, entrevistas, observação direta, etc) Donabedian (1981,1986) apresenta atributos que esses instrumentos devem possuir:

- Validação: aqui entendida como cientificamente válida e consensuada entre as partes (avaliador/avaliando), ganhando neste sentido, característica de legítimo;

- Relevância: para o autor essa relevância diz respeito à gerência propriamente dita e que os resultados sejam também relevantes para nortear a ação gerencial;

- Capacidade de documentação: compreendida como aquilo que se deve ou pode registrar, tornando-se um documento ou memória do processo;

- Adaptabilidade/Flexibilidade: ou seja, deve ser adaptável a diferentes realidades;

- Estabilidade: deve manter-se como tal, ao longo do tempo, porém sem perder a sensibilidade às inovações tecnológicas incorporadas, por exemplo;

- Rigor: deve ser suficientemente claro quanto ao nível de qualidade que possa apontar como aceitável;

- "Eficiência de screening" : aqui entendido no sentido de acurácia ou seja, ser eficiente de modo a isentar-se de erros sistemáticos.

Discutindo critérios de avaliação, Donabedian (1981) ressalta que sempre existe um julgamento tanto na criação como na aplicação desses critérios por mais objetivos e explícitos que possam parecer.

Quanto ao fato dos critérios serem explícitos ou implícitos, os primeiros trazem como vantagens a confiabilidade, legitimidade (validação) e simplicidade na aplicação. Quando se usa os critérios implícitos, isoladamente, fica-se à mercê de julgamentos, da integridade do mesmo e do juiz.

Na opinião do autor, inicialmente contraditórios, integram objetividade e subjetividade, sendo oportunos em especial quando se avalia comportamentos profissionais como é o caso da Saúde. Os explícitos respondem pelas necessidades de predição, consistência e imparcialidade; os implícitos respondem ou legitimam considerações profissionais que não estão contempladas nos critérios explícitos.

Propriamente utilizado, o critério explícito pode expandir a definição e aumentar o nível de qualidade. Impropriamente usado, impõe uma uniformidade opressiva e erroneamente dirigida.

Referindo-se ao que classifica como critérios lineares, diz Donabedian: "padece de uma inabilidade relativa em especificar contra-indicações e uma grande inabilidade em identificar o que é desnecessário ou desperdício. Meramente lista certos elementos da assistência que seriam necessários para todos os casos" independente da situação.

III. OBJETIVOS

O objetivo central do trabalho é analisar a avaliação dos hospitais gerais vinculados ao Sistema Único de Saúde em Jundiaí em 1995, em especial o instrumento utilizado nesta avaliação.

são objetivos específicos:

- Identificar os produtos e resultados desta modalidade de avaliação;
- Identificar quais subsídios o processo de avaliação gerou para os níveis gerenciais da Secretaria e para os diretores dos hospitais avaliados;
- Verificar a utilidade do manual, seus limites e avanços e sua aplicabilidade.

IV- DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR

O município de Jundiá passou a controlar as ações e atividades de saúde, na condição de gestão semi-plena, a partir de maio de 1995.

Nesta condição e de acordo com a Norma Operacional Básica SUS 01/93 constante como anexo da portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde passa a ter como responsabilidades e prerrogativas:

- Assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados;

- Assumir o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual;

- Assumir a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite;

- Receber mensalmente o total de recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Assim, a Secretaria Municipal assume responsabilidades e atribuições antes dispersas em outros níveis de governo como o estadual e federal.

No que concerne à gestão da prestação de serviços eram atribuições:

- do nível estadual, através de suas representações regionais e nível central: o controle físico e financeiro das contas ambulatoriais públicas e privadas de acordo com a Ficha de Programação Orçamentária (FPO) e Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA). Esses dois instrumentos estabelecem o limite orçamentário e financeiro e a capacidade operacional de cada serviço de saúde. O controle das internações hospitalares se dá através da programação física da internação, a chamada cota de AIH; essa cota de AIH por hospital é calculada muito mais na capacidade de venda do serviço, do que na capacidade operacional propriamente dita. Caso se entenda gestão dos serviços para além do controle físico-financeiro, é o nível estadual que ainda exerce atividades de Vigilância Sanitária limitadas à fiscalização dos serviços profissionais e fornecimento de alvarás de funcionamento;

- do nível federal: os convênios e contratos (credenciamento de terceiros) ainda estão na mão da esfera federal, com algumas exceções nos casos de gestão semi-plena municipal. O pagamento é feito através da SAS (Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde), para cada prestador, mediante fita de crédito preparado pela DATASUS - RJ, órgão de processamento de dados do Ministério da Saúde. A consolidação dos dados é feita através da Ficha de Cadastro Hospitalar que aponta a capacidade operacional de cada hospital.

Os cadastros hospitalar e ambulatorial (aqui incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) deveriam ter um caráter dinâmico de

inclusão/exclusão de atividades. No entanto, o que se observa é que na maioria deles ainda são encontradas informações decorrentes do último cadastramento, no caso do Estado de São Paulo, 1988.

A crítica que se faz a este sistema, no que concerne à avaliação e controle, fundamenta-se nas suas características:

- controle a posteriori;
- exclusivamente contábil-financeiro;
- não preocupado com a qualidade dos serviços prestados;
- necessidade do prestador prevalecendo sobre a da clientela;
- controle público ineficiente, possibilitando uma margem grande para práticas não convencionais na cobrança dos procedimentos;
- dificuldade de acesso da clientela, entendida aqui tanto como gestores públicos quanto da sociedade na perspectiva do controle social.

O Decreto Federal número 1951 de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde, não só define as atividades mas também as responsabilidades de cada nível de governo no controle, avaliação e auditoria das ações de saúde.

1 - A NECESSIDADE

Em conformidade e embasada nos preceitos constitucionais e legais, a Secretaria Municipal de Saúde de Jundiá constituiu sua Unidade de Avaliação e Controle (UAC) com atribuição inicial de controle das contas médicas.

Da necessidade de conhecer melhor os prestadores de serviços hospitalares em todos os aspectos de funcionamento, foi tirada em reunião do grupo gestor, a necessidade de avaliação dos mesmos.

Nesse sentido, foi constituído um grupo operacional com as responsabilidades de definir o instrumento de avaliação, a equipe de avaliadores e o prazo de execução. O processo de organização ocorreu nos meses de junho e julho de 1995 e começou a ser operacionalizado em agosto.

2 - O INSTRUMENTO

O instrumento utilizado foi o "Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte", do Ministério da Saúde de 1986. Este instrumento era o disponível e reconhecido oficialmente, uma vez estar embasado em normas, padrões e portarias do Ministério da Saúde, que orientam o funcionamento dos equipamentos de Saúde de nosso país. Outro motivo para a escolha é que o

mesmo dava conta da característica dos hospitais que seriam avaliados: hospitais gerais (destinados a prestar assistência sanitária a doentes nas quatro especialidades básicas - clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica médica). Para áreas específicas, como exemplo hemodiálise, foram utilizados instrumentos de avaliação próprios (o utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo para credenciamento de serviços).

O Instrumento de Avaliação de Hospitais Gerais de Médio Porte parte do conceito de avaliação "como um processo dinâmico e contínuo, oferece subsídios que identificam os ajustes técnicos, administrativos e operacionais necessários ao bom desempenho dos estabelecimentos de Saúde".

Tem como objetivos da avaliação:

- contribuir para auto-avaliação periódica do hospital;
- oferecer subsídios para organização e funcionamento do hospital;
- medir o grau de eficiência da organização e do funcionamento do hospital;
- identificar as deficiências existentes na área física, em recursos humanos e materiais, e no funcionamento das unidades;
- analisar o sistema de informações e a qualidade da assistência prestada, através de indicadores hospitalares.

O instrumento adota um sistema de pontuação para avaliar as diferentes unidades do hospital, dividido em duas partes:

Condições de eficiência necessárias ao funcionamento do estabelecimento e desempenho do hospital, mediante diversos indicadores hospitalares consagrados.

Considera condições de eficiência e indicadores hospitalares e suas pontuações do seguinte modo:

CONDIÇÕES DE EFICIÊNCIA	PONTOS MÁXIMOS
Recursos humanos	1.100
Recursos físicos	900
Recursos materiais	900
Organização e funcionamento	2.100
TOTAL	5.000

INDICADORES HOSPITALARES	PONTOS MÁXIMOS
Indicadores de qualidade	
Taxa de mortalidade institucional	80
Taxa de mortalidade materna	100
Taxa de natimortalidade	100
Taxa de mortalidade neonatal	90
Taxa de mortalidade operatória	100
Taxa de cesáreas	90
Taxa de supuração de ferida cirúrgica em cirurgia limpa	100
Indicadores de produtividade	
Taxa de ocupação	80
Média de permanência	80
Índice de Rotatividade	80
TOTAL:	1.000

De acordo com a pontuação obtida, os hospitais são assim classificados:

CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS	PONTOS	
	OBTIDOS	%
ÓTIMO	5.000 a 4.500	100 a 90
BOM	4.499 a 3.500	89,9 a 70
REGULAR	3.499 a 2.500	69,9 a 50
PRECÁRIO	2.499 ou menos	49,9 ou menos

3 - A EQUIPE DE AVALIADORES

A equipe para aplicação do Instrumento foi composta de forma multidisciplinar, com técnicos da Secretaria de modo a contemplar todos os aspectos envolvidos no atendimento, totalizando 26 membros assim distribuídos:

Médico sanitarista - 03

Médico intensivista - 03

Médico patologista - 01

Médico traumatologista - 01

Médico hematologista - 01

Médico cirurgião - 01

Médico clínico-geral - 02

Enfermeiro - 04

Dentista - 01

Nutricionista - 01

Farmacêutico - 01

Assistente social - 02

Arquiteto - 01

Engenheiro civil - 01

Engenheiro clínico - 01

Membros da VISA (vigilância Sanitária) - 02

Esta equipe foi treinada para o preenchimento do Instrumento e, tendo-o como eixo de observação, elaborar observações qualitativas sobre os diferentes processos.

4 - OS HOSPITAIS

O município de Jundiaí conta com sete hospitais gerais com uma capacidade operacional de 1167 leitos. Deste universo foram selecionados os hospitais contratados/conveniados pelo SUS o que representa 63% da capacidade operacional (estamos falando em termos de leitos) distribuídos em quatro hospitais: Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, Casa de Saúde

"Dr. Domingos Anastácio", Hospital e Maternidade Jundiaí e Hospital Santa Elisa.

Distribuição de leitos por especialidade - Município de Jundiaí -1995

Hospitais	Cl. médica	Cl. cirúrgica	Gineco- obstet.	Pediatria	UTI	outras	indiscri- minados	total
Sta. Elisa	20	30	21	07	09	11	-	98
Casa Saúde	31	40	36	22	05	06	-	140
São Vicente	54	47	27	49	20	19	-	216
Maternidade	97	56	24	66	30	12	-	285
P. Sacramento	-	-	36	29	27	-	194	286
SOBAM	35	25	35	15	10	-	-	120
Imigrantes	-	-	-	-	-	-	22	22
Total	237	198	179	188	101	48	216	1.167

fonte: Unidade de Avaliação e Controle - SMS / Jundiaí.

Os hospitais conveniados/contratados com SUS tem naturezas jurídicas diversas: dois são privados sem fins lucrativos e dois são privados com fins lucrativos.

Três destes hospitais, além da clientela do SUS, atendem seus próprios planos de saúde, convênios e particulares. Apenas um deles tem sua capacidade totalmente ofertada ao sistema público.

5 - A REALIZAÇÃO

Os hospitais avaliados foram contactados previamente, através de correspondência oficial da Secretaria Municipal de Saúde, onde constava os objetivos e finalidades do processo de avaliação. Seguiu junto o nome dos componentes da equipe, período e horário de permanência da mesma.

As avaliações aconteceram no período de agosto/setembro de 1995, tendo a equipe permanecido em média uma semana em tempo integral em cada hospital.

A primeira ação da equipe, em cada hospital, foi a apresentação do Instrumento e, negociada com a Direção do hospital, a forma, horário, locais e pessoas indicadas pela organização para o acompanhamento do processo e o fornecimento de dados, documentos e informações exigidas pela avaliação em curso.

Simultaneamente à realização das visitas, a equipe produziu em conjunto um documento oficial para cada hospital. Esse documento contém a análise quantitativa, ou seja, os pontos apurados segundo metodologia própria do Instrumento e avaliações qualitativas das inadequações observadas.

A entrega dos relatórios foi feita de modo formal, em reunião com membros da equipe de Secretaria e Direção de cada hospital. Buscou-se não apenas entregar o documento mas também discutir aspectos julgados relevantes na relação gestor/prestador. Nestas mesmas oportunidades, a

Direção do hospital foi informada do seu recebimento futuro, de notificações contendo problemas específicos, correções necessárias e prazos para as mesmas.

Em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde foram relatados os resultados finais do processo de avaliação.

Denominaremos os hospitais avaliados de A, B, C e D.

Pontuação obtida pelos Hospitais - Condições de Eficiência

HOSPITAL	A		B		C		D	
RECURSOS								
	OBT	%	OBT	%	OBT	%	OBT	%
Rec. físicos	432	46.90	477	53.00	439	48.77	481	56.40
Rec. materiais	589	65.40	664	73.20	572	63.55	636	70.60
Rec. human.	485	44.00	370	33.63	320	29.00	380	34.54
Org. e Func.	1.580	75.23	1.280	60.00	1.146	54.50	1.087	51.76
Total	3.086	61.72	2.791	55.82	2.477	49.54	2.584	51.68

fonte: Cadastro e Avaliação dos Hospitais Gerais - SMS/Jundiá

Pontuação obtida pelos hospitais - Indicadores Hospitalares

HOSPITAL	A		B		C		D	
	OBT	%	OBT	%	OBT	%	OBT	%
qualidade	290	38.20	260	34.20	270	35.20	570	75.00
produtividade	240	100.00	225	93.80	175	72.80	175	72.80
total	530	53.00	485	48.50	445	44.50	745	74.50

fonte: Cadastro e Avaliação dos Hospitais Gerais - SMS/Jundiá

Classificação dos Hospitais

Hospital	Nº. Pontos	%	Classificação
A	3.086	61.72	regular
B	2.791	55.82	regular
C	2.477	49.54	precário
D	2.584	51.68	regular

fonte: Cadastro e Avaliação dos Hospitais Gerais - SMS/Jundiá

V - METODOLOGIA

Com a intenção de se contemplar os objetivos propostos construiu-se uma metodologia voltada a observar, de ângulos diferentes, o instrumento de avaliação em estudo.

Neste sentido, procedeu-se à análise dos documentos produzidos ao longo do processo de avaliação e buscou-se ainda ouvir pessoas que se envolveram diferentemente neste processo, constituindo-se esta etapa no trabalho de campo propriamente dito.

A pesquisa bibliográfica acompanhou todo o trabalho, caracterizando-se pela busca de literatura a partir das palavras chaves: Avaliação; Avaliação em Saúde; Sistemas de Avaliação; Sistema Público de Avaliação; Critérios e Parâmetros de Avaliação; Qualidade; Qualidade em Saúde; Indicadores de Qualidade; Controle e Políticas de Saúde.

Procurou-se também subsídios teóricos para o desenho da metodologia e dos instrumentos de investigação.

1 - ANÁLISE DOCUMENTAL

Nesta etapa do trabalho procedeu-se ao levantamento dos documentos elaborados na preparação da avaliação, aqueles produzidos durante o processo e os entendidos como seus produtos finais.

Foram estudados: atas de reuniões; escalas e roteiros de visitas; relatórios parciais das visitas realizadas; relatórios finais que foram enviados a cada hospital; e notificações remetidas aos hospitais, referindo-se a aspectos específicos.

Os documentos relativos à preparação da avaliação dizem respeito, principalmente, à exploração do instrumento pela equipe, suas estruturas, suas possíveis divisões e seus componentes. A divisão do trabalho e as estratégias de abordagens dos hospitais também puderam ser identificadas.

Nos relatórios parciais das visitas as referências concentram-se nas principais dificuldades encontradas pelos avaliadores na aplicação do Instrumento.

Os relatórios finais, em número de quatro, tinham como característica sua grande abrangência uma vez que percorrem todos os elementos do Instrumento, além disso em muitos aspectos estes relatórios foram bastante detalhados, o que levou ao seu grande volume.

As notificações somavam 23 documentos, tendo caráter específico, apontando as inadequações observadas, sugerindo alterações e determinando prazos para as correções das mesmas.

2 - TRABALHO DE CAMPO

Para proceder ao trabalho de campo foram definidos três grupos de atores envolvidos diferentemente no processo, buscando identificar impressões diversas, sob outros pontos de vista.

O primeiro grupo caracterizou-se por aquele que tinha a tarefa da avaliação, e que de fato procedeu a ela, tendo se utilizado do Instrumento para tal. O segundo, constituiu-se nos gerentes da Secretaria Municipal de Saúde que se utilizaram dos resultados obtidos através da avaliação no seu trabalho gerencial. O terceiro foi composto pelos diretores dos hospitais que foram objeto da avaliação.

Para cada um deles procedeu-se tanto a abordagens, como a instrumentos e seleção de pessoas diferenciadas.

2.1 - OS AVALIADORES

Este grupo, como mencionado anteriormente, era composto por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de diversas áreas, além de outros chamados

especificamente para este trabalho, por serem de áreas cujos quadros da Secretaria não dispunham de profissionais.

O grupo de avaliadores foi entendido como essencial, em decorrência do objeto e objetivos desta pesquisa e para a sua abordagem foram selecionadas pessoas que representassem as diferentes categorias profissionais envolvidas.

Assim, deste grupo foram abordados 01 médico, 01 enfermeiro, 01 arquiteto e 01 farmacêutico. A intenção foi explorar áreas de conhecimento da Saúde distintas, imaginando que a ênfase de cada um destes avaliadores fosse diferenciada. Um dos elementos abordados respondeu pela coordenação do processo de avaliação.

O instrumento metodológico usado para o grupo foi o relato de experiência e, neste sentido, foi solicitado a cada um deles que relatasse por escrito toda a experiência, do princípio ao fim, suas impressões e suas dificuldades.

Foi solicitado a eles também que procedessem a uma avaliação crítica do instrumento utilizado, propondo sugestões e alterações, apontando inadequações e ineficiências. A solicitação incluiu que referissem em quais áreas ou elementos o instrumento se mostrou adequado, colaborando efetivamente com o processo de avaliação.

2.2 - OS GERENTES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Como representantes do grupo de gerentes foram selecionados 02 gerentes, uma vez que os demais não tem sua ação voltada diretamente a

hospitais, concentrando sua ação gerencial em serviços da rede básica, ambulatorios de referência e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica.

Os gerentes selecionados foram respectivamente: o da Unidade de Avaliação e Controle (UAC) e o do Serviço de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. O primeiro porque entende-se que seja o principal usuário da avaliação procedida, uma vez que sua ação é dirigida especificamente aos serviços contratados/conveniados, objeto da avaliação. O segundo porque é responsável pelas autorizações para funcionamento dos serviços, assim como pela fiscalização de suas instalações, equipamentos e etc.

A abordagem destes gerentes foi feita através de entrevistas, utilizando-se um roteiro semi-estruturado (em anexo), onde buscou-se investigar principalmente a utilidade e qualidade das informações obtidas pelo instrumento, além de outros aspectos julgados relevantes como: sua participação no processo de avaliação dos hospitais; suas impressões sobre este processo; a forma de acesso aos resultados. Solicitando-se finalmente, que sugerissem formas de aprimoramento do instrumento de avaliação.

2.3 - OS DIRETORES DOS HOSPITAIS AVALIADOS

Neste grupo foram ouvidos os quatro diretores dos hospitais avaliados. Como diretores foram entendidos os indivíduos que respondem formalmente pelos hospitais junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Este grupo também foi investigado através de entrevistas, elaborando-se um roteiro semi-estruturado específico para tal.

Aos diretores perguntou-se a cerca da avaliação como um todo: sua importância, pertinência e oportunidade; sobre o conhecimento prévio da avaliação e do instrumento a ser usado nela; sobre a confiabilidade do instrumento; sobre o acesso aos resultados da avaliação; e sobre a utilização dos resultados obtidos no gerenciamento do hospital.

Foi solicitado também aos diretores que fizessem sugestões para o aprimoramento da avaliação e do instrumento.

A análise crítica do instrumento e suas principais vantagens e desvantagens lhes foi ainda solicitada

VI - RESULTADOS

1 - DA ANÁLISE DOCUMENTAL

1.1 - OS RELATÓRIOS FINAIS E SEUS PRODUTOS

O processo de avaliação de hospitais conveniados/credenciados ao SUS surge da necessidade de conhecer os serviços prestados ao Sistema Local de Saúde inicialmente e, ao mesmo tempo, constituir-se numa prática de apoio mútuo onde a troca de conhecimentos e relação de cooperação técnica fossem o ponto forte entre gestor/prestador.

Tendo estas diretrizes como base, o grupo gestor da Secretaria constituiu uma Comissão de Avaliação com o objetivo de organizar o processo e monitorá-lo. Isto aconteceu nos meses de agosto/setembro de 1995.

Eram suas responsabilidades: escolha da equipe, do instrumento e da forma de apresentação dos dados/resultados obtidos.

Optou-se pelo uso de um instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde e a partir de seu estudo compôs-se a equipe multidisciplinar com técnicos da Secretaria Municipal da Saúde e alguns especialistas de fora dela: nutricionista e médico patologista.

O relatório final compõe um volume para cada hospital, num total de quatro, estruturado com os resultados quantitativos e qualitativos assim como comentários para solução dos problemas. Quando a irregularidade estava no rol da avaliação da Vigilância Sanitária, foram emitidas notificações para modificar a situação encontrada.

A entrega destes volumes se deu em reunião realizada com cada hospital onde estavam presentes a diretoria do hospital e elementos da equipe técnica da Secretaria Municipal. Neste momento eram discutidos os pontos mais polêmicos da avaliação e também era colocado que os mesmos receberiam notificações referentes às observações realizadas.

O relatório final também foi apresentado em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de modo a apontar os objetivos do trabalho, os pontos obtidos pelos hospitais e a sequência das ações a serem desenvolvidas pela Secretaria Municipal da Saúde. Hoje, eles se constituem em material de pesquisa da Secretaria Executiva do COMUS quando algum assunto pertinente a hospitais entram em pauta.

1.2 - A ESTRUTURA DO RELATÓRIO FINAL

O documento final traz uma apresentação geral dizendo da necessidade de se dispor de informações sobre a rede hospitalar do município ligada ao SUS, instrumento que foi utilizado e composição da equipe de avaliação.

Os capítulos I e II apresentam na íntegra o "Instrumento de Avaliação para Hospital de Médio Porte" do Ministério da Saúde: definição, terminologia utilizada, metodologia utilizada e o rol de itens a serem utilizados.

No capítulo III, o Instrumento já está preenchido, apresentando a pontuação obtida pelo Hospital, item por item. Além do Instrumento do Ministério da Saúde, foram utilizados em dois hospitais outros roteiros, pois o instrumento original não contemplava especialidades, a saber: Roteiro Básico de Inspeção em Unidades de Tratamento Dialítico e Transplantes Renais e Roteiro de Avaliação do Serviço de Urgência e Emergência, ambos da Secretaria de Estado da Saúde (Vigilância Sanitária, Divisão Técnica de Serviços de Saúde).

O capítulo IV contém o relatório analítico dos auditores. A primeira parte constitui-se de observações comuns a todos os hospitais e a segunda parte é específica de cada hospital.

Tendo como roteiro básico (eixo) o Instrumento, as observações se ativeram nas condições de eficiência e indicadores hospitalares, mas os números perderam um pouco a sua frieza e ganharam adjetivos, advérbios, enfim, foram qualificados.

São apontados tanto os problemas quanto o que é bom em todos os hospitais. Ao discutir estrutura física é ressaltado que *"sentiu-se a evolução dos espaços, embora sem grande planejamento e sem levar em conta estrutura/processo. Apenas um dos hospitais vem investindo na melhoria dos espaços físicos e com padrões que contemplam aquela relação"*.

Quanto à área de recursos humanos foram colocadas as pontuações máxima e mínima. No sentido de qualificá-la observa-se a pontuação mínima: *"novamente o risco de vida esté extremamente presente. Há sobrecarga de trabalho evidente para os funcionários, pela ausência de número suficiente de pessoas nas diferentes áreas, por falta de pessoal qualificado para determinadas áreas"*. São observações sobre a política de pessoal: *"não há investimento na capacitação e desenvolvimento do quadro de pessoal. Os treinamentos em serviço dificilmente são dados por pessoal qualificado, geralmente é um funcionário mais antigo, sem supervisor, que por sua vez está cheio de vícios, erros, etc..."*.

A escolha do paciente como cliente preferencial neste processo de avaliação é francamente definida em várias observações. Ao avaliar o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) são feitas observações:

"Os prontuários, arquivos, registros, não tem presente nem passado".

"Resgatar o que ocorre com um mesmo paciente de uma semana a outra torna-se tarefa das mais difíceis".

"O paciente não tem quase nada a documentá-lo, naquele que poderá vir a ser o momento mais dramático de sua existência. E não hesitaria, esta coordenação, em afirmar que ele corre risco de vida, de redundância de

ações, de atos, pois sem ser seguido na sua trajetória hospitalar, como saber hoje o que lhe ocorreu 4 ou 5 dias atrás ? ".

"Como saber se a patologia que o acomete hoje é a mesma de um mês atrás? Qual o preço deste risco? O paciente entra por pedaços e sai por pedaços".

É com a visão de indivisibilidade, de observações não estanques, centradas nas relações humanas que se estabelecem nos hospitais (paciente/médico, paciente/enfermagem, enfermagem/médico, família/hospital) que o capítulo IV se entrega de modo a ressaltar os pontos positivos e negativos dos hospitais avaliados.

O capítulo IV do Relatório trata, também de forma analítica, através dos relatórios dos aplicadores, dos aspectos específicos de cada Hospital. Outra vez tem como eixo de análise as condições de eficiência e de desempenho hospitalar (através dos indicadores) acrescidas das observações mais qualitativas sobre cada área e processo.

Alguns relatórios são estruturados de modo a descrever o problema, apresentar propostas para superá-los. Outros descrevem o problema, as consequências e propõe as soluções:

Exemplo de Relatório:

Lavanderia		
Problema	Consequência	Solução
pé direito muito abaixo do mínimo necessário	aquecimento das áreas de maquinário causando desconforto térmico aos funcionários com problemas de saúde para os mesmos	destinação de nova área para instalação da lavanderia, obedecendo as questões construtivas mínimas.

Como no capítulo anterior, esses relatórios estão centrados no paciente como cliente preferencial dos serviços. Aqui, para além dos pacientes, há uma preocupação com os outros usuários - o pessoal da equipe de saúde.

O capítulo V apresenta os resultados das pontuações obtidas pelo hospital através de gráficos: gráfico de barra e polígonos. Além do resultado em si, permitem visualizar e identificar rapidamente os setores mais críticos e a distância do resultado obtido em relação ao ideal ou esperado.

1.3 - AS NOTIFICAÇÕES

Após a entrega do relatório final, em reunião realizada com os diretores hospitalares, os mesmos foram avisados de notificações sobre os aspectos que feriam o Código Sanitário. Assim foram expedidas 23 notificações.

A notificação, dentro das atribuições da Vigilância Sanitária, é um primeiro documento entregue para apontar irregularidades e determinar prazo para corrigi-las.

O não cumprimento das exigências, no prazo estipulado, sujeitará o notificado às penalidades legais que variam de acordo com a gravidade de cada caso (de multa até a interdição do local).

Todas as notificações aqui aplicadas dizem respeito à violação de Normas Técnicas Hospitalares da legislação vigente e também Decreto Estadual 12.349/78 que se constitui no Código Sanitário do Estado de São Paulo.

As notificações estão assim distribuídas:

Hospital A: inadequação das atividades do lactário, radiologia, unidade transfusional, lavanderia, limpeza, acondicionamento do lixo hospitalar e serviço de nutrição e dietética.

Hospital B: inadequação das atividades do serviço de radiologia, banco de sangue, serviço de nutrição e dietética, limpeza, acondicionamento do lixo hospitalar e lavanderia.

Hospital C: inadequação das atividades na lavanderia hospitalar, limpeza, serviço de nutrição e dietética, lactário, unidade transfusional e radiologia.

Hospital D: irregularidades nas atividades da lavanderia, limpeza, serviço de nutrição e dietética, lactário, banco de sangue e radiologia.

Por não atenderem o solicitado, os hospitais A e C receberam auto de imposição de penalidade, ambas na qualidade de advertência, datadas de 29/04/1996.

2 - DO TRABALHO DE CAMPO

2.1 - OS RELATOS DOS AVALIADORES

Em seus relatórios os avaliadores são unânimes em reconhecer o instrumento como um norte, ou seja, como um condutor sistematizador das observações a serem realizadas, ou mais especificamente um roteiro.

A necessidade de uma equipe multidisciplinar para aplicá-lo também é levantada considerando o volume de itens e a diversidade deles. Como aponta um dos avaliadores, são 1.492 itens apenas para avaliar condições de eficiência, cobrindo estrutura (recursos humanos, físicos e materiais) e processo de trabalho (organização e funcionamento) das várias unidades de um hospital geral de médio porte.

Mais que uma equipe multidisciplinar, é apontada a necessidade de incorporação, quando necessário, de especialistas nas áreas onde o instrumento não contempla a demanda. No dizer de outro aplicador: *"o instrumento nos limitou em vários pontos; o primeiro deles é que não contemplou todas as áreas de assistência que o hospital hoje oferta (ex.: hemodiálise, cirurgias cardíacas, urgência/emergência), o que nos levou à utilização de outros roteiros"*.

Um outro aspecto levantado é que o instrumento não aborda a apropriação de tecnologia que ocorreu nos últimos anos: tomografia computadorizada, hemodinâmica, ultrassonografia, videolaparoscopia.

Quanto à avaliação de áreas específicas, o relatório da enfermagem levanta algumas questões como falta de padrões ou valores de referência para orientar o aplicador. O exemplo utilizado é sobre o número de hampers: dependendo da hora da observação poderá ser suficiente ou não; o que valerá é uma observação subjetiva ou para ser objetivo o aplicador terá de ficar um longo período para observar a unidade.

No campo da subjetividade, no entender da enfermagem, estão todos os itens que tem como resposta suficiente, sim ou não. *"Alguns itens são impossíveis de detectar. Ex.: há inexistência de acidentes com pacientes?; há*

inexistência de troca de medicamentos? Ou confiamos na informação dos funcionários ou não pontuamos, como o grupo fez, já que o paciente não poderá dar essas informações".

No dizer do enfermeiro existem outros itens duvidosos como habilitação de pessoal para o serviço. Alguns acreditam que estar habilitado é saber fazer mesmo que não tenha o conhecimento científico e formação técnica; o exemplo disto é o atendente de enfermagem cuidando de pacientes em UTI, circulando sala em Centro Cirúrgico, realizando exames em laboratório, etc. Outros acreditam que estar habilitado é ter tido treinamento específico, a partir da formação básica exigida ou seja, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ou enfermeiro.

O entendimento do que é "habilitado", especializado, deve, no entender da enfermagem, ser mais objetivo pois pode gerar pontuações diferentes, dependendo da equipe de avaliação.

No entender de um avaliador ligado à área médica, o instrumento é falho em vários aspectos mas permite um olhar bastante amplo sobre o hospital avaliado. Entre as falhas pode-se destacar sua extensão e prolixidade em alguns grupos de itens, principalmente na abordagem da estrutura do serviço e ausência de quantificação mínima desejável, o que permite variado grau de subjetividade na avaliação. Pode-se citar como exemplo questões do tipo: "*há instalação satisfatória do equipamento?*"; "*há calculadoras em número suficiente?*"; "*a sala é adequada?*". Em outro casos o item questiona apenas a existência de um determinado recurso e não a sua adequação.

Nas duas situações apontadas, na avaliação deste avaliador, seria desejável uma parametrização mínima do que seria uma sala adequada ou qual

seria o número de equipamentos para o caso. É fato que dificilmente se conseguiria parâmetros para todos os itens, mas seria possível diminuir o grau de subjetividade em vários aspectos.

Observação similar vem da área de arquitetura. Para ela "o Hospital" é um organismo vivo, pois cada parte deste, quando analisado separadamente, mantém relação com o todo do edifício (entendendo o todo do edifício como o conjunto de espaços e atividades). O espaço hospitalar deve ser visto como "*um lugar*" possível de se realizar uma "*tal atividade*". Assim pode se afirmar que:

- Os espaços cadastrados podem não atender o mínimo necessário, em relação à metragem, pé direito, etc (como preconizam as Normas do Ministério da Saúde), mas poderá estar abrigando satisfatoriamente o desempenho de "*tal atividade*".

A falta de parâmetros ou a rigidez destes são apontados pela área de arquitetura que coloca o espaço hospitalar frente a um jogo de renovação ou à dinâmica de mudanças decorrentes de:

- o desafio tecnológico a partir de novas formas propostas para a assistência à doença;

- o "*desafio do cotidiano*" onde a cada dia se vê uma maneira nova para desempenhar uma "*velha atividade*". Neste sentido, o espaço hospitalar tem que ser "*flexível*" no sentido de possibilitar, contemplar sucessivas e intermináveis mudanças.

Na tentativa de contornar a ausência de qualificação do dado obtido, foram realizados relatórios contendo dados de observação direta, qualificação e comentários sobre os itens do Instrumento, bem como sugestões

para a superação das deficiências reveladas no processo de avaliação do serviço.

Quanto à segunda parte do instrumento, que é a apresentação de indicadores hospitalares, os avaliadores escolhidos ressaltam que o instrumento fornece um rol relativamente pequeno de indicadores clássicos e *"ainda assim sabemos da grande dificuldade que muitos serviços apresentam para sua construção de maneira rotineira"*.

É considerado ponto positivo a avaliação dos indicadores, de maneira a *"forçar"* a organização e trabalhar na busca e na estruturação de informações que permitam a construção de indicadores de produtividade e de qualidade, passíveis de comparação com outros serviços, bem como o acompanhamento do próprio serviço ao longo do tempo.

Quanto à apresentação dos resultados, para os avaliadores, facilita a observação de todo o processo avaliatório, uma vez que os gráficos de barra e polígonos, além dos resultados em si, permitem visualizar e identificar rapidamente os setores mais críticos e a distância do resultado obtido em relação ao ideal ou esperado.

Consideradas as ressalvas, *"o instrumento apresenta um roteiro de avaliação abrangente, abordando aspectos importantes desde a lavanderia até a UTI do hospital"* e é também considerado como *"um instrumento de aprendizagem para o profissional, pois permite que este esteja atento para todas as ações desenvolvidas nos serviços"*.

Por ser abrangente e possibilitar à equipe de avaliação *"o percurso por todo o hospital"* serve como ponto de partida para que se estabeleça:

- uma rotina de avaliação no sentido de aprimoramento da qualidade;

- subsídios para o gestor municipal na decisão da compra de serviços com as informações contidas nos relatórios finais.

2.2 - AS ENTREVISTAS DOS GERENTES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Foram escolhidos dois gerentes da Secretaria Municipal de Saúde, respectivamente o responsável pela Unidade de Avaliação e Controle e a responsável pela Vigilância em Saúde.

Quanto à questão número 1:

O primeiro está no cargo desde junho de 1995 e desempenha as funções:

- coordenação do núcleo de supervisão médica composto por 12 médicos supervisores na área de internação e ambulatorios;
- orientação e treinamento dos auditores;
- elaboração de um novo Manual de Normas, que serve de material de treinamento dos seis novos supervisores incorporados no processo;
- controle da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- controle financeiro das faturas;
- avaliação das irregularidades com abertura de sindicâncias, processos administrativos, etc;
- participação no estudo de planilhas de custos para novos contratos e convênios;

- elo com o Núcleo de Informação e Planejamento (NIP) da Secretaria.

A segunda está no cargo desde 1989, é responsável pelo controle de zoonoses e pela Vigilância em Saúde, exercendo as funções de:

- controle de animais sinantrópicos em área urbana;
- controle de insetos de forma geral, artrópodes, animais domésticos e etc;

- Vigilância em Saúde no município, que engloba Vigilância Sanitária e Epidemiológica (fiscalização de alimentos, prestadores de serviços, farmácias, meio ambiente, doenças de notificação compulsória, agravos inusitados de saúde, etc)

Quanto à questão número 2 - Qual a participação no processo de avaliação dos hospitais?

O chefe da UAC participou na avaliação do corpo clínico, das Comissões de Ética Médica, de Prontuários, de Infecção Hospitalar e de Óbitos. Ainda foi responsável pela avaliação dos recursos humanos na parte do faturamento, pessoal e contabilidade, verificando também fluxo de caixa e balancetes mensais.

Foi responsável, junto à equipe, pela análise do instrumento utilizado e reestruturação das partes necessárias.

A chefe da Vigilância em Saúde participou avaliando hospitais em todos os aspectos próprios da Vigilância Sanitária. Priorizou-se Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia, manutenção, serviços radiológicos, construção, saneamento (água, esgoto, lixo) e propiciando apoio a outras áreas quando necessário.

Conhecia o instrumento de trabalho pois já o utilizou num curso sobre Vigilância Sanitária, na UNICAMP. Nesse sentido sabia das falhas que o Instrumento possuía (*"junta muitas avaliações ao mesmo tempo; não contempla rotinas de trabalho; prioriza estrutura e não processos"*), mas para ela seria útil para ordenar idéias.

Como o chefe da UAC, foi também responsável pela reestruturação do instrumento nas partes necessárias propondo a adição de relatórios que contivessem as irregularidades, os riscos que os usuários estavam correndo numa dada situação e o que deveria ser feito para corrigi-los. Elaborou também o relatório final de todos os setores da Vigilância Sanitária.

Ambos participaram como avaliadores dos hospitais e membros da equipe de coordenação, no sentido de corrigir inadequações durante o processo avaliatório.

Quanto às questões número 3, 4 e 5:

Ambos tiveram acesso na reunião de equipe.

Com relação ao impacto do resultado das avaliações no desenvolvimento de seu trabalho e da Secretaria, diz o chefe da UAC:

"Dependia muito desses resultados porque as faturas sempre eram em número elevado e não existiam dados para avaliar a real oferta de serviços tampouco a qualidade dos serviços ofertados pelos Hospitais".

A partir dos relatórios começou-se a fazer uma avaliação mais crítica das faturas apresentadas. Um exemplo: *"eu sabia que determinado hospital tinha os recursos humanos suficientes para fazer um terço das atividades ambulatoriais constantes em sua FPO (Fichas de Programação Orçamentária -*

onde está apontada a capacidade operacional dos serviços ambulatoriais e hospitalares). Peguei a demanda crescente deste hospital e redistribui para quem tinha recursos para aumentar a oferta de serviços".

Portanto, o primeiro impacto da avaliação foi a redistribuição das FPO .

Outro exemplo foi com os bancos de sangue: todos pleiteavam o pagamento do módulo coleta. *"A avaliação forneceu embasamento técnico para o não pagamento, uma vez que os que pleiteavam não tinham condição de fazê-lo. A economia foi de R\$ 5.300,00/mês. O mesmo deu-se com um laboratório que perdeu 4.700 procedimentos; só isso significou um corte de despesa de R\$ 10.000,00".*

Passou-se a rever internações de grandes queimados: percebeu-se que todos os casos permaneciam dez dias de pós-operatório na UTI.

Pleitos como aumento de número de sessões de hemodiálise passaram a ser avaliados de acordo com a suficiência ou não do espaço físico e máquinas. O mesmo se deu com as diárias de UTI: só é autorizado o número de diárias compatibilizando Recursos Humanos x Equipamentos por leito.

Para a Unidade de Avaliação e Controle o relatório final trouxe à luz a capacidade operacional de cada hospital o que auxiliou na elaboração de um cadastro mais próximo da realidade das organizações e a partir daí redistribuir as ações entre elas. O segundo impacto foi, ao rever as capacidades operacionais estas muitas vezes estavam superestimadas; a tomada de decisão se deu no sentido de cortar o que não poderia ser realizado e com a diferença contratar outros serviços de modo a aumentar a resolutividade do Sistema.

Para a Vigilância Sanitária o impacto foi a notificação de todas as irregularidades encontradas nos hospitais, de acordo com a legislação, ou risco que corriam funcionários e pacientes se a atividade continuasse a ser realizada.

Ao mesmo tempo que coloca este impacto, ressalta que houve demora entre a elaboração do relatório final e a entrega das notificações. *"O ideal seria ter feito as notificações nas visitas ou imediatamente após. Vimos coisas muito sérias até sob o ponto de vista do risco de vida e só notificamos muito depois (ex.: recém nascido colocados sozinhos em bancadas sem suportes; cruzamento de alimentos com roupas contaminadas; falta de material para higienização e desinfecção)"*.

A demora da notificação e o não cumprimento dos prazos estão agora gerando advertências. Isto faz com que a equipe se sinta desprestigiada ou desmotivada para a continuidade do trabalho.

Lembrando que o processo avaliatório começou em agosto de 1995, a advertência chegou um pouco tarde, dando tempo para que outros atores entrassem em cena: alguns vereadores e alguns órgãos próprios da Prefeitura se colocaram como defensores dos hospitais com argumentos do tipo *"faz vinte anos que é assim"*.

Para ela, apesar das dificuldades das mudanças, algumas coisas estão acontecendo como o fechamento de banco de sangue com capacidade mínima de funcionamento.

Sobre as impressões do processo de avaliação ambos fazem apreciação sobre o instrumento: rigidez, ênfase na estrutura e pouco no processo. As avaliações mais qualitativas foram realizadas quando dos relatórios de cada avaliador.

Quanto à questão número 6:

As sugestões para aprimorá-lo baseiam-se em:

- Constituição de equipe fixa ou designada para isso;
- Manter a periodicidade das visitas;
- Desdobrar o instrumento de modo a contemplar o processo;
- Intervenção mais objetiva e firme quando da indicação de irregularidades;
- Ampliar o processo de avaliação para outros serviços como laboratórios, unidades de fisioterapia e a rede de unidades básicas de saúde;
- Que os resultados sejam rápidos para que possam subsidiar as decisões de modificações ou não para os gerentes da Secretaria Municipal de Saúde.

2.3 - AS ENTREVISTAS DOS DIRETORES DOS HOSPITAIS AVALIADOS

Para os diretores dos hospitais avaliados, a exemplo dos gerentes da Secretaria, também foi elaborado questionário com sete perguntas.

Quanto à questão número 1:

Os quatro diretores referiram ter sido bom no sentido de que:

- foi um processo amplo, com um grupo diversificado e de abrangência boa;
- serviu para aproximar e ajudar o hospital;
- serviu para avaliar o hospital e compará-lo com os outros.

Um dos gerentes ressaltou que a avaliação *"seguiu uma cartilha"*, mas que o processo foi tranquilo e democrático na apresentação. Dos diretores, um destacou que *"não se sentiu invadido"* e outro que *"não encarava o processo como um julgamento"*.

Quanto à questão número 2:

Os quatro diretores desconheciam o Instrumento. Aqui as opiniões se dividem: metade considera que, por ser do Ministério da Saúde, é um instrumento sério; a outra metade tem resistências das seguintes naturezas:

- *"pé atrás"* por ser do Ministério, portanto, encara com reservas;
- *"é um pacote pronto, avalia diferentes da mesma forma"*;
- *"tem conceitos ultrapassados"*.

Quanto à questão número 3:

A confiabilidade do instrumento é indiscutível. O que se coloca em discussão é a forma de pontuação. Exemplo: às vezes se exige um percentual mínimo (no caso do número de profissionais de enfermagem numa determinada área) e são pontuados igualmente quem tem esse mínimo ou quem tem mais. Muitas vezes a pontuação não agradou e um dos diretores se sentiu *"perseguido"*.

Outro declarou ser o instrumento *"exigente demais em alguns aspectos"*.

Quanto à questão número 4:

Sobre a importância da avaliação todos destacam sua relevância.

Quanto à questão número 6:

O impacto do resultado da avaliação no próprio trabalho e do hospital foi positivo no dizer dos diretores.

"Teve impacto, promoveu modificações pertinentes ao que foi apontado, principalmente no que diz respeito à área física".

"Teve impacto positivo, foi uma avaliação gratuita. O relatório final é um instrumento de grande valia para a administração e para o hospital. Tem questões relevantes apontadas: Centro Cirúrgico e farmácia são bons e foram apontados como bons; o serviço de nutrição e dietética e a lavanderia são problemas e foram apontados como tal".

"A avaliação ajuda muito e muita coisa eu já corriji pelo relatório".

A avaliação específica de recursos humanos é criticada por 75% dos diretores. No dizer de um deles *"a avaliação de RH tem a visão distorcida do poder público"*. Outro destaca que o Instrumento *"não lida bem com a questão de RH; os parâmetros são superdimensionados"*. *"A avaliação de RH, tendo uma abordagem numérica, é limitada e complicada"*.

Quanto à questão número 5:

Que se refere ao acesso aos resultados, todos receberam um documento contendo a avaliação realizada. Um dos diretores preferia receber a avaliação antes para depois discutir. Outro coloca na *"facilidade de relacionamento"* o processo de recebimento do relatório *"para melhor"*.

Além do relatório final, os hospitais também receberam notificações de Vigilância Sanitária para problemas específicos. Na observação de um dos diretores *"as notificações foram chocantes"*.

Quanto à questão número 7:

Como sugestões todos apontam a necessidade de avaliações periódicas pois a *"descontinuidade é danosa"*. Essas novas avaliações devem contemplar o que o hospital já fez para corrigir o que foi apontado da primeira vez como também aprofundar aspectos que os diretores acharam insuficientes como a abordagem dos recursos humanos.

Sobre isso, um dos diretores sugere que a avaliação dos recursos humanos seja feita por uma *"consultoria gabaritada, para o setor de enfermagem especialmente, que difere da avaliação do Instrumento"*. Para ele há que se buscar um instrumento que contemple os diferentes hospitais, suas especificidades pois, este utilizado, avalia os diferentes *"igualmente, sem diferenciação"*.

A expressão disso, para ele, é a contradição de resultados entre condições de eficiência e indicadores hospitalares. *"Quem não conhece o hospital poderia achar que é preciso fechar; no entanto, ao olhar os indicadores o hospital é ótimo. Nesse sentido o Instrumento se contradiz: bons indicadores de qualidade e ruim condição de eficiência"*.

VII - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES FINAIS

A observação do processo de avaliação estudado, sob vários pontos de vista, possibilita a identificação de algumas dimensões analíticas.

Um processo de avaliação é complexo por si mesmo. Para o avaliado é o momento em que está sendo visto, julgado, medido, analisado. Pode suscitar medo, inseguranças e resistências. Para o avaliador é o momento de julgar, medir, analisar. É freqüente a postura primitiva e policial. Para ambos, avaliador e avaliado, cabe torná-lo o menos traumático, o mais produtivo, buscando equilíbrio entre as necessidades de ambos.

No caso específico, é relevante salientar que este processo foi organizado pelo gestor público, para conhecer seus prestadores e que, das práticas anteriores de avaliação envolvendo os mesmos atores, restou uma relação de descrédito e suspeitas mútuas.

Analisando as informações obtidas dos atores envolvidos é possível perceber aspectos que dizem respeito ao Instrumento, outros que se referem ao processo de avaliação. São identificados também aqueles atinentes aos resultados/produtos e a possíveis subsídios tanto para as ações dos gestores locais da Secretaria Municipal quanto para os diretores dos hospitais.

Um outro elemento relevante diz respeito à relação entre gestores e prestadores. Neste sentido parece ter havido uma situação confortável uma vez que o acesso da equipe às unidades hospitalares foi amplamente facilitado, tanto às instalações quanto às informações. Deve ter colaborado neste sentido o conhecimento do Instrumento, a comunicação prévia das visitas, assim como o modo de condução da realização. A explicitação dos objetivos, a documentação oficial formalizando-os e a discussão em reuniões tenham sido, talvez, o agente facilitador do processo.

Há que se considerar que pode ter havido uma dificuldade por parte dos avaliadores em expressar pontos negativos do processo, uma vez que este iniciava a relação com o novo gestor (e fonte pagadora).

A explicitação da forma e conteúdo da avaliação, de qualquer forma, agregou aspectos positivos. É na palavra de alguns diretores hospitalares que está a expressão disto:

"... não me senti invadido..."

"... não encarei o processo como um julgamento."

Essas expressões já apontam para uma primeira reflexão, ou seja, numa avaliação não estão presentes apenas elementos atinentes ao seu objeto, seu instrumento e seus objetivos, mas também perpassam elementos referentes à relação entre as partes envolvidas.

É possível que um processo desta natureza construa o reconhecimento da seriedade (ou da sua falta) das propostas, das pessoas e das instituições que estas representam. Um processo levado com coerência, consistência e competência aponta para o aumento da possibilidade de adesão. A recíproca é verdadeira.

A outra reflexão que os relatos/entrevistas apontam é sobre o instrumento utilizado para avaliação das unidades hospitalares.

Uma das principais críticas apontadas é de que o Instrumento, na intenção de ser abrangente, torna-se excessivamente longo, o que o faz perder em especificidade ou acurácia. Neste sentido, apesar de todos os hospitais serem classificados como gerais, um pode estar mais voltado ao atendimento obstétrico (e por isso melhor aparelhado para tal) e outro voltado para o atendimento de urgência/emergência. Por este instrumento, ambos são avaliados nas duas áreas, pelos mesmos critérios, com a mesma escala de pontuação.

Donabedian (1981) já aponta para esse risco dizendo que esse tipo de instrumento quando propriamente utilizado, pode expandir a definição de qualidade; impropriamente usado impõe uma uniformidade opressiva e erroneamente dirigida.

Pode-se fazer uma analogia do Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte com a Portaria MPAS 3.046/82 do extinto Ministério da Previdência e Assistência Social que estabelece parâmetros de assistência médica para todo o país, sem levar em conta a distribuição da população, dos serviços ou o perfil de morbi-mortalidade de cada local ou região. Estabelece, por exemplo, que em média a população brasileira se utiliza de consulta médica duas vezes ao ano. Embora data de 1982, ainda é amplamente utilizada para o dimensionamento de serviços e de controle orçamentário e financeiro por quase todos os níveis de governo, no setor Saúde.

Retornando à questão do número de itens propostos no Instrumento, sua abrangência chega a 1.462 pontos de análise e, no entanto, é insuficiente para

avaliar uma unidade de radioterapia ou uma de hemodiálise, como o ocorrido no processo em estudo.

Uma consequência que já se pode apontar é que o Instrumento tem limites no sentido de estabelecer um processo contínuo de avaliação tornando-o restrito à avaliação de momentos dos hospitais. Por conter um número grande de itens exige, para sua operacionalização, uma equipe de tamanho considerável para esta tarefa (no caso específico, uma equipe multidisciplinar com 26 componentes).

Alguns dos pesquisados apontaram para o fato do Instrumento ser contraditório. O exemplo utilizado foi um dos hospitais avaliados onde, apesar da pontuação ruim em Recursos Humanos e aspectos da instalação física, este recebeu uma pontuação geral boa às custas de ter recebido pontuação alta justamente nos assim chamados "Indicadores de Qualidade" (como Taxa de Mortalidade Institucional e Taxa de Infecção Hospitalar).

Isto coloca pelo menos duas questões a serem respondidas: o perfil da clientela atendida é de baixa complexidade e baixa gravidade (internações necessárias?) ou a assistência ofertada tem qualidade suficiente para suplantar as restrições impostas?

Outro problema apontado diz respeito às escalas de pontuação que o instrumento utiliza. No geral, ele estabelece limites mínimo e máximo de pontos. Consigna os pontos máximos sempre que a resposta for positiva e atribui zero à questão quando a resposta não corresponde ao mínimo exigido. Por exemplo: se o mínimo estabelecido for de um determinado equipamento para 10 leitos, receberão a mesma pontuação quem não o tiver ou aquele que tiver o equipamento para onze leitos, ou seja, zero pontos.

A crítica é mais veemente no que tange à avaliação de recursos humanos quantitativa e/ou qualitativamente. Ao olhar, por exemplo, o item 31 que diz respeito à enfermaria de pediatria e a necessidade de pessoal, encontramos a seguinte situação:

- um auxiliar de enfermagem para cada 5 leitos por turno (15 pontos).
- um atendente para cada 10 leitos por turno (10 pontos).
- supervisão de enfermagem (15 pontos).

Uma enfermaria com 10 leitos necessitaria de dois auxiliares de enfermagem e um atendente supervisionados por um enfermeiro. Segundo o critério de pontuação, esta enfermaria receberia o total dos pontos (40). Se, ao invés de um atendente a mesma enfermaria contasse com três auxiliares de enfermagem supervisionados pelo enfermeiro, o total de pontos seria menor (30). Teoricamente a segunda situação é melhor e, no entanto, é menos pontuada.

Ainda a respeito de Recursos Humanos, observa-se argumentações no sentido de que o Instrumento não reconhece as características regionais do mercado em Saúde. O exemplo mais citado foi o da pequena oferta de auxiliares de enfermagem.

Um outro aspecto também desconsiderado pelo Instrumento é o esforço que as unidades hospitalares tem feito no sentido de criar novas modalidades assistenciais. Iniciativas como hospital-dia e cirurgias ambulatoriais tem reduzido o número de dias de internação e o número de profissionais envolvidos. Além disso reduzem taxas de infecção e custos hospitalares.

A satisfação da clientela, um dos grandes pilares das abordagens da Qualidade e julgado essencial no setor Saúde, não é contemplada em momento

algum pelo Instrumento. O mesmo pode-se afirmar sobre custos hospitalares, uma informação bastante desejável nesse processo, especificamente.

Ao mesmo tempo que as críticas são em grande número, existe uma unanimidade em considerá-lo confiável e válido: é um documento que tem a chancela do Ministério da Saúde e é resultado das normas técnicas e portarias ministeriais que regulamentam/orientam o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde em nosso país. Nesse sentido ele é legítimo pois está assestado em parâmetros cientificamente aceitos e consensuados entre as partes (avaliador/avaliado).

Sob a óptica de avaliação em Saúde com ênfase na abordagem de Estrutura, Processo e Resultado proposta por Donabedian (1966), a impressão mais forte é que o Instrumento privilegia aspectos da Estrutura da Organização, pouca referência faz ao Processo e ao Resultado. Isto o afasta das discussões mais recentes na área da Qualidade em Saúde.

Parece que a sua tendência mais forte vai ao encontro da perspectiva da Garantia da Qualidade (Quality Assurance) dada a ênfase à presença de elementos estruturais como Comissão de Ética, de Óbito, de Prontuário, de Infecção Hospitalar. O Instrumento pontua a existência ou não desses elementos como se a simples existência agregasse qualidade aos serviços oferecidos pela organização. Não leva em conta se, e como, as comissões funcionam e atuam e os seus resultados.

Não é possível identificar, por diversos aspectos, as diferentes perspectivas de Qualidade como Gerência de Qualidade Total (TQM) e de Melhoria Contínua da Qualidade (CQI).

Além das considerações sobre o Instrumento, merecem destaques alguns aspectos sobre o processo de avaliação. Como Donabedian afirma, parece não haver dúvida de que a qualidade do processo tem reflexo direto nos resultados por ele obtidos. No caso específico é possível identificar alguns elementos que vão ao encontro das afirmações do autor.

A presença de considerações profissionais (critérios implícitos atinentes a um grupo profissional) no relatório final indicam que os avaliadores, durante o processo, sentiram-se estimulados a não se ater ao Instrumento de maneira estrita, utilizando-se de conhecimentos das várias categorias, enriquecendo a avaliação.

Estas considerações agregaram caráter qualitativo ao relatório. A avaliação qualitativa teve como eixo de observação o Instrumento mas não limitou o avaliador.

A maioria das considerações profissionais dos relatórios centralizou a avaliação nos processos assistenciais de cada unidade do hospital, detectando irregularidades e propondo soluções. Neste sentido, definiu e explicitou critérios tanto para a Secretaria como para os hospitais avaliados, propiciando questionamentos e discussão sobre os mesmos. Apontou também para a necessidade de se buscar outros critérios de avaliação como no caso da avaliação de Recursos Humanos.

Este processo de avaliação, utilizando-se de um atributo do Instrumento qual seja sua capacidade de documentação, possibilitou o registro, a memória do processo.

Gerada essa memória, o relatório final, este foi entregue a cada hospital numa reunião entre a equipe de avaliação, equipe de técnicos da Secretaria de

Saúde e diretoria do hospital. Cada item ou questões julgados relevantes pelas partes foram discutidos no sentido de firmar compromissos de mudanças/cooperações entre gestor e prestador. Isto pode ter colaborado para a legitimação do processo.

Além disso, esta discussão propiciou de um lado a explicitação dos critérios envolvidos na avaliação e por outro estimulou e posteriormente incorporou novos critérios de avaliação, agora consensuados.

No que se refere aos subsídios que esse processo ofereceu, vários podem ser elencados tanto à Secretaria Municipal de Saúde como aos hospitais.

Para a Secretaria Municipal de Saúde trouxe subsídios como:

- Verificação da real capacidade de leitos operacionais e sua distribuição por áreas. Áreas como UTI, Centro Cirúrgico, hemodiálise foram avaliadas possibilitando a adequação de suas utilizações. Neste sentido o resultado foi utilizado como cadastro hospitalar, atualizando dados antigos e propiciando a elaboração da FPO (Ficha de Programação Orçamentária) para todos os hospitais. Esta ficha é utilizada para estabelecer a capacidade de produção e, a partir dela são autorizados e pagos os serviços produzidos.

- Possibilitou a identificação de áreas/serviços com necessidade de intervenção urgente, dado que estavam incompatíveis com níveis técnicos aceitáveis de assistência. Essa identificação gerou as notificações e advertências da Vigilância Sanitária. Um exemplo de atuação nesse nível é de um hospital cujo banco de sangue estava em desacordo com as normas de funcionamento o que gerou o seu fechamento, tornando-o apenas uma unidade transfusional.

Se para a Secretaria de Saúde o processo trouxe subsídios para a ação gerencial, o mesmo aconteceu para as direções hospitalares. Isso está evidenciado nas palavras dos diretores:

"... teve impacto, promoveu modificações pertinentes ao que foi apontado, principalmente no que diz respeito à área física..."

"... teve impacto positivo, foi uma avaliação gratuita. O relatório final é um instrumento de grande valia para a administração e para o hospital. Tem questões relevantes apontadas: Centro Cirúrgico e Farmácia são bons e foram apontados como bons; o serviço de nutrição e dietética é um problema, e foi apontado como tal..."

"... a avaliação ajuda muito e muita coisa eu já corriji pelo relatório..."

Dito anteriormente, o relatório final propiciou à Secretaria uma série de subsídios para a tomada de decisão com ênfase na elaboração das programações físico-financeiras e outras intervenções. O que é relevante destacar é que o mesmo foi utilizado como um instrumento de negociação; a evidenciação das capacidades operacionais propiciou um leque de opções de compra para o gestor local.

A publicização dos resultados para o Conselho Municipal de Saúde também colocou no cenário das negociações o usuário: a solicitação de auxílio financeiro para um dos hospitais só foi aprovada pelo Conselho mediante o compromisso de melhoria das condições de assistência ou seja, um plano do hospital para sua recuperação (Ata da reunião ordinária do COMUS - Jundiaí, março de 1.996).

Além do objetivo inicial, é possível perceber que o processo gerou vários resultados/produtos:

- Embora não fosse a intenção, serviu como eixo para a criação de uma equipe de trabalho que permaneceu gerenciando o sistema. Essa equipe está distribuída na própria UAC (Unidade de Avaliação e Controle) e na equipe de auditoria;

- Funcionou, num momento oportuno, o da municipalização, como uma "porta de entrada" nos hospitais aceita por estes como legítima e necessária;

- Gerou sugestões de adequação de área, processos e serviços, observando-se sua consequenciação;

- Criou uma linguagem comum entre as partes;

- Possibilitou a formalização de inadequações conhecidas publicamente no município, porém de modo informal o que dificultava abordagens corretivas;

Tomando o conceito de avaliação como um processo organizativo que visa melhorar as atividades em andamento, quando planejar o futuro e orientar a tomada de decisão, pode-se afirmar que esse processo constituiu-se numa avaliação de fato.

Do exposto anteriormente e que corrobora com essa afirmação, destacam-se:

- tanto a avaliação quantitativa quanto a qualitativa trazem diagnóstico da atividade, presença ou não de deficiências na sua operacionalização e indicações de soluções;

- ao caracterizar as unidades hospitalares, expôs suas capacidades operacionais e desvendou necessidades tanto para o gestor como para o prestador, de modo a orientar o planejamento das ações futuras, hierarquizando-as prioritariamente. Este relatório subsidiou à Secretaria na

elaboração do seu Plano de Ação para 1.996 na área hospitalar estabelecendo diretrizes para a elaboração de contratos/convênios;

- as informações contidas/organizadas orientou a tomada de decisão em diferentes aspectos desde a indicação de fechamento de serviços como a decisão da recuperação de serviços públicos ou privados de modo a suprir as demandas de saúde da população.

Foi um corte transversal na visualização do processo da assistência e necessita monitoramento para, longitudinalmente, acompanhar sua implantação. Esse acompanhamento vem sendo realizado pela Unidade de Avaliação e Controle e pela Unidade de Vigilância Sanitária, estando previsto para junho deste ano a nova visita deste ano pela equipe de avaliação (Plano de Ação do Biênio 1.995/1.996 - Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí).

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como síntese final deste trabalho deseja-se salientar pontos que para a autora foram essenciais.

O processo estudado concretizou uma avaliação de fato numa área que em nosso país tem pouca tradição neste sentido. Este processo teve um sentido produtivo, uma vez que, entre outras coisas agregou uma equipe de trabalho e estreitou relações entre gestor e prestador.

A escolha de um instrumento tradicional e seu âmbito eminentemente técnico e a transparência com que ocorreu o processo, favoreceram as negociações, aumentando o clima de confiança mútua.

O trabalho propriamente dito dos avaliadores, a liberdade manifesta tanto na criação de critérios quanto na explicitação das considerações profissionais, revela que as pessoas envolvidas entenderam-se como sujeitos, atuando de modo mais criativo diante da tarefa inicialmente apresentada.

É preciso entretanto comentar que o instrumento utilizado não se presta ao monitoramento de ações de saúde (acompanhamento longitudinal). Para tanto deve-se buscar outras maneiras de avaliação que devam estar concentradas nos processos e nos resultados.

E por derradeiro afirma-se que a publicização dos resultados para além de quem gerencia e de quem executa, pode ser um passo na efetivação do controle social sobre as práticas de saúde.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.A.; SANTOS, M.A. Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde. **Saúde em Debate**, CEBES, n°. 33, p. 50 - 53, 1992.

ALMEIDA, E.S.. Contribuição à Implantação do SUS: Estudo do Processo com a Estratégia Norma Operacional Básica 01 / 93. São Paulo , 1995 [Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para Concurso de Livre-Docência].

AZEVEDO, A.C.. Indicadores da Qualidade e Produtividade em Saúde, **Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade**, IPEA, vol. 1, n°. 1, p. 47 - 55, fev.1993.

AZEVEDO, A.C.. O Desenvolvimento da Gestão de Qualidade nos Sistemas Unificados de Saúde [mimeografado].

BERWICK, D. M.. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde** / Donald M. Berwick, A. Blanton Godfrey, Jane Roessner . São Paulo: MAKRON Books, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 7°. , Brasília, 1980. **Anais**.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria SSM / MPAS nº 215 . Dispõe sobre a integração do setor público , regionalização e hierarquização. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de novembro de 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde , 8°. , Brasília, 1986. **Anais**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte**, Brasília, 1986.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição : República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Leis, etc. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 : dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. p. 18.055 - 59.

BRASIL. Leis, etc. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 : dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**, vol.1, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, Brasília, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 1/92, Portaria nº. 234/92. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. A municipalização é o caminho. In: Conferência Nacional de Saúde, agosto, 9º. , Brasília, 1992. **Anais**.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília , Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº. 545 de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 1/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de maio de 1993. p. 6961 - 65.

BRASIL. Leis, etc. Decreto nº. 1651, de 28 de setembro de 1995 que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 de setembro de 1995.

BRASIL. Leis, etc. Decreto nº. 1105, de 06 de abril de 1994, dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 07 de abril de 1994.

BRITO, J.F. ; ALMEIDA, H.M.S.. O Sistema Único de Saúde e a Qualidade dos Serviços Prestados à População. **Hospital - Administração e Saúde**, vol.18, nº 1, p. 2.933 - janeiro / fevereiro. 1994.

CADERNOS FUNDAP. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. São Paulo: janeiro / abril 1996. Irregular. Qualidade em Saúde.

CALEMAN, G.; DUCCI, L. ; MOREIRA, M. L.. Informação, Controle e Avaliação do Atendimento Hospitalar - SUS [mimeografado].

DONABEDIAN, A., "Advantages and Limitations of Explicit Criteria for Assessing the Quality of Health Care". **Milbank Memorial Fund Quarterly / Healthy and Society** 59: 99 - 106, Winter 1991.

DONABEDIAN, A. , "Criteria, Norms and Standards: What Do They Mean?". **American Journal of Public Health** 71: 409 - 412, April 1981.

DONABEDIAN, A. , **"Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I, The Definicions of Quality and Approaches to its Assessment"**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.

DONABEDIAN, A., **"Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring"**. **Quality Review Bulletin** 12: 99 - 108, March 1986.

DONABEDIAN, A., **"The Seven Pillars of Quality"**. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine** 114: 1.115 - 1.118, November 1990.

FELICÍSSIMO, J. R.. Os Impasses da Descentralização Política - Administrativa na Democratização do Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, vol. 32, nº. 1, p 6 - 12, janeiro / março 1992. .

FERREIRA, A. B. de H.. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

GOMES, E. G.. **Marco Conceitual y Consideraciones para el Desarrollo de un Protocolo de investigacion de la Calidad de la Atencion de Salud en Grupos de Países Americanos**. OPS. Washington: 1989.

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org). **Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

INOJOSA, R. M.. A Municipalização nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n°. 4, p. 26, agosto / outubro 1990.

JUNQUEIRA, L. A. P. ; INOJOSA, R. M.. Descentralização do Modelo de Prestação dos Serviços de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n° 4, p.7, agosto / outubro 1990 .

KESSNER, D.; KALK, C. E.; SINGER, J.. Evaluacion de Calidad de la Salud por el Metodo de los Processos Trazadores. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, 288 (4): 189 - 194, 1973.

MALIK, A. M., Desenvolvimento Gerencial e Linhas de Investigação: A Busca da Qualidade (porque não?) em Saúde [mimeografado].

MALIK, A. M., Qualidade em Serviços de Saúde: Setor Público e Setor Privado Alguns Critérios [mimeografado].

MALIK, A. M., **AVALIAÇÃO, QUALIDADE, GESTÃO, ... Para Trabalhadores da Área de Saúde e outros Interessados**. SENAC, São Paulo, 1995.

MENDES, E. V.. O Consenso do Discurso e o Discenso da Prática Social, Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil, São Paulo, 1991 [mimeografado].

MOTTA, P. R., A Qualidade como Perspectiva de Inovação para a Gestão Pública [mimeografado].

MOTTA, P. R., **Gestão Contemporânea: a Ciência e a Arte de Ser Dirigente.** Rio de Janeiro: Editora Record, 1991.

MOTTA, P. R., Alguns Desafios Administrativos na Gestão Pública de Saúde. Rio de Janeiro : ENSP, 1992 [mimeografado].

MÜLLER, NETO, J. S.. Políticas de Saúde no Brasil: A Descentralização e seus Atores. **Saúde em Debate**, CEBES, n°. 31, p. 54 , março 1991.

NOGUEIRA, R. P.. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** São Paulo: Qualitymark editora, 1994.

NOGUEIRA, R. P.. Metáforas da Qualidade. **Saúde em Debate**, CEBES, n°. 47, p. 36 - 40, 1995.

NOVAES, H. M.. **El Hospital Publico Tendencias y Pespectivas / Dr. Humberto de Moraes Novaes, Dr. Jose Maria Paganini.** Washington, D.C.: OPS, 1994.

OPAS / OMS. Avaliação da Qualidade e Resultado das Ações e Serviços de Saúde do Nível Loco - Regional. Projeto de Pesquisa Operacional. Brasília, dezembro de 1991 [mimeografado].

OPAS / OMS. Gestion de la Calidad: un Bosquejo. Carol M. Gilmore.

Washington D.C, agosto 1994 [mimeografado].

OPAS / OMS. Padrões Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil).

Humberto de Moraes Novaes e José Maria Paganini. Washington, D.C.,
fevereiro 1994 [mimeografado].

PINTO, A. T. B. C e S.. Avaliação de uma Unidade Docente - Assistencial no
Município de Campinas : Alguns Aspectos da Capacidade Resolutiva.
São Paulo , 1995 (Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (JUNDIAÍ). Plano de Ação - Exercício
1993. Jundiaí, janeiro de 1993 [mimeografado].

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (JUNDIAÍ). Cadastro e Avaliação de
Hospitais. Jundiaí, 1995 [mimeografado].

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (JUNDIAÍ). Plano Municipal de Saúde /
SMS. Biênio 1995 / 96. Jundiaí, novembro 1995 [mimeografado].

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (JUNDIAÍ). Relatório de Gestão do
Triênio 1993 a 1995. Jundiaí, dezembro 1995 [mimeografado].

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SÃO PAULO). Manual de Controle, Avaliação, Auditoria SIH - SUS / SIA - SUS. São Paulo, 1995 [mimeografado].

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SÃO PAULO). Projeto de Avaliação dos Municípios em Gestão Semi - Plena. São Paulo, 1.995 [mimeografado].

SOEIRO, E.. NEGOCIAÇÃO COMO FUNÇÃO GERENCIAL : A Visão dos Dirigentes de Organizações de Saúde . São Paulo, 1995 (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós - Graduação da EAESP / FGV, Área de concentração Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

VIANA, S. M.; PIOLA, S. F.. Os Desafios da Reforma Sanitária. Brasília, 1996 [mimeografado].

VUORI, H.. Estratégias para Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 1988 [mimeografado].

X - ANEXOS

NIP - SMS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA HOSPITAL GERAL DE MÉDIO PORTE

Normas e Manuais Técnicos

MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA HOSPITAL GERAL DE MÉDIO PORTE

E R R A T A

NA PAGINA 22, ITEM 29. ATENDENTES

ONDE SE LE: 50% E MAIS 61% E MENOS

LEIA-SE : 50% E MENOS 61% E MAIS

© 1986. Ministério da Saúde
Série A: Normas e manuais técnicos, 30

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios — Bloco G — Térreo
70058 Brasília, DF
Telefones: (061) 226-8286 e 226-8275
Telex: (061) 1752 e 1251

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde.
Instrumento de avaliação para hospital geral de médio porte/Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. — Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
75 p.: il. - (Série A: Normas e manuais técnicos, 30).

SUMÁRIO

Apresentação	5
Introdução	7
Objetivos da avaliação	7
Metodologia de aplicação	7
Orientação de preenchimento	8

PARTE A — CONDIÇÕES DE EFICIÊNCIA

I — Identificação	21
II — Especificação	21
III — Recursos humanos	22
IV — Recursos físicos	25
V — Recursos materiais	38
VI — Organização e funcionamento	49

PARTE B — INDICADORES HOSPITALARES

I — Levantamento dos dados	69
II — Indicadores de qualidade	70
III — Indicadores de produtividade	71
Bibliografia consultada	73

APRESENTAÇÃO

Muito se vem questionando sobre a eficácia e eficiência do funcionamento de grande parte dos serviços de saúde existentes no país. Entretanto, podemos observar que apesar do domínio técnico que gradativamente o setor saúde vem atingindo, tais conhecimentos são totalmente obscurecidos pela problemática administrativa existente em seus serviços.

Frente à essa realidade, a *Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde (DNOSS)*, da *Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS)*, vem desenvolvendo uma série de instrumentos de avaliação de estabelecimentos de saúde, com vistas a melhor orientar processos organizacionais e administrativos.

Entre os já editados, encontra-se à disposição das instituições de saúde o *Instrumento de avaliação para hospital geral de pequeno porte*, direcionado a hospitais de até 50 leitos, cobrindo 58,7% da rede hospitalar do país. Com o presente documento, teoricamente destinado a avaliar os hospitais gerais de médio porte, de até 150 leitos, chegaríamos a cobrir 86,7% da referida rede, porém, pelos diversos testes executados, o mesmo poderá ser aplicado em hospitais de até 200 leitos, universo este englobado pelos dois documentos de avaliação hospitalar, correspondentes a 91,2% dos hospitais do Brasil.

O propósito da DNOSS, ao elaborar o presente documento, é, através da avaliação das condições de eficiência em organização e funcionamento dos hospitais de até 200 leitos, bem como seu desempenho, proporcionar à rede hospitalar um melhor desempenho administrativo, para que não mais a qualidade técnica seja dificultada por problemas organizacionais.

MILTON MENEZES DA COSTA NETO

INTRODUÇÃO

A avaliação, concebida como um processo dinâmico e contínuo, oferece subsídios que identificam os ajustes técnicos, administrativos e operacionais necessários ao bom desempenho dos estabelecimentos de saúde.

A utilização deste instrumento de avaliação, nas diversas unidades necessárias à internação dos pacientes, pode ser feita em intervalos de tempos regulares, para uma auto-avaliação, seguida da adoção de medidas pertinentes às mudanças nas áreas deficientes.

Os termos empregados no documento seguem a linha de definição da "Terminologia Básica em Saúde", do Ministério da Saúde, 2.ª edição, assim especificados:

Hospital — estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela. Poderá ainda contar com ambulatório ou outros serviços.

Hospital geral — destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas (clínica cirúrgica, gineco-obstétrica, pediátrica e médica).

Hospital de médio porte — hospital com capacidade instalada de 51 a 150 leitos.

Hospital com especialidades — hospital geral destinado a prestar assistência sanitária a doentes em especialidades, além das quatro básicas.

Condições de eficiência — é o conjunto de meios mínimos necessários ao funcionamento de um estabelecimento, em termos de recursos humanos, físicos, materiais, sua organização e dinâmica.

Indicadores hospitalares — são instrumentos utilizados para avaliar o desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho.

OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

1. Contribuir para a auto-avaliação periódica do hospital.
2. Oferecer subsídios para a organização e funcionamento do hospital.
3. Medir o grau de eficiência da organização e do funcionamento do hospital.

4. Identificar as deficiências existentes na área física, em recursos humanos e materiais, e no funcionamento das unidades.
5. Analisar o sistema de informação e a qualidade da assistência prestada, através de indicadores hospitalares.

METODOLOGIA DE APLICAÇÃO

O presente documento adota um sistema de pontos para avaliar as diversas unidades do hospital, dividido em duas partes: a primeira visa a avaliar as condições mínimas de eficiência necessárias ao funcionamento do estabelecimento, e a segunda se destina a avaliar seu desempenho, mediante diversos indicadores hospitalares.

Para a primeira parte é consignado o valor de cinco mil pontos e para a segunda mil pontos, repartidos entre os diversos itens do questionário. Os pontos estão assim distribuídos:

A — CONDIÇÕES DE EFICIÊNCIA	PONTOS MÁXIMOS
1. Recursos humanos	1 100
2. Recursos físicos	900
3. Recursos materiais	900
4. Organização e funcionamento	2 100
TOTAL	5 000

B — INDICADORES HOSPITALARES	PONTOS MÁXIMOS
Indicadores de qualidade	
1. Taxa de mortalidade institucional	80
2. Taxa de mortalidade materna	100
3. Taxa de natimortalidade	100
4. Taxa de mortalidade neonatal	90
5. Taxa de mortalidade operatória	100
6. Taxa de cesáreas	90
7. Taxa de infecção hospitalar	100
8. Taxa de supuração de ferida cirúrgica em cirurgia limpa	100
Indicadores de produtividade	
9. Taxa de ocupação	80
10. Média de permanência	80
11. Índice de rotatividade	80
TOTAL	1 000

Ao aplicar o questionário, o avaliador verificará, em cada unidade, a existência dos recursos disponíveis e a execução das ações estabelecidas em cada questão, atribuindo os pontos na respectiva coluna, sempre que atendido o mínimo exigido ou houver resposta positiva.

É importante ressaltar que a presente avaliação re-trata o hospital no momento em que está sendo avaliado, sendo válidas apenas as informações disponíveis na ocasião. Assim, se algum equipamento estiver fora de uso ou se determinadas ações não estão sendo cumpridas no dia da avaliação, serão considerados pelo avaliador como *inexistentes*. Consequentemente, o valor de pontos atribuídos naquelas questões será igual a zero.

Após o preenchimento do questionário, com os respectivos pontos alcançados, será feita a soma dos pontos de cada área e subárea, com os seus totais e subtotais, a fim de calcular os respectivos percentuais.

Os percentuais são calculados multiplicando-se por 100 (cem) o total dos pontos obtidos em cada área. Em seguida, divide-se o resultado obtido pelo total de pontos máximos da referida área.

Exemplo:

Proporção do pessoal	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS	%
Operação: $\frac{180 \times 100}{300} \times 60\%$	300	180	60

O número de pontos e percentuais obtidos serão lançados nos quadros 3 a 8.

A classificação dos resultados, de acordo com o número de pontos obtidos, será a seguinte: *ótimo*; *bom*; *regular* e *precário*.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS	PONTOS	
	OBTIDOS	%
Ótimo	5 000 a 4 500	100 a 90
Bom	4 499 a 3 500	89,9 a 70
Regular	3 449 a 2 500	69,9 a 50
Precário	2 499 e menos	49,9 e menos

Para a identificação rápida das áreas deficientes e melhor visualização dos resultados da avaliação, utiliza-se a *representação gráfica*, na qual são apresentados os percentuais em figuras geométricas e gráficos de barras, segundo os modelos anexos.

Finalmente, elabora-se o *relatório da avaliação*, no qual são analisados os resultados obtidos, positivos e negativos, os aspectos deficientes e as distorções encontradas, podendo-se seguir o seguinte roteiro:

RELATÓRIO

- I – Apresentação
- II – Resultado da avaliação
 - A – Condições de eficiência
 - Identificação e especificação
 - Recursos humanos, físicos e materiais
 - Organização/funcionamento do hospital
 - B – Indicadores hospitalares
 - Levantamento dos dados
 - Análise dos indicadores de qualidade e produtividade
- III – Comentários e conclusões
- IV – Sugestões e plano de ação (com vistas a melhorar a organização e funcionamento do hospital)

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO

A – Condições de eficiência

Para avaliar as condições de eficiência devem ser adotados os seguintes critérios:

1. Escrever as respostas das questões sobre identificação e especificação do hospital nas linhas ou quadriculas correspondentes, completando com zeros à esquerda caso o número de algarismos seja menor do que o número de quadriculas.

Exemplo:

0	2	0	0
---	---	---	---

2. Visitar todo o hospital, verificando a existência dos recursos humanos, físicos e materiais, bem como o funcionamento de cada unidade. A avaliação deverá ser acompanhada por técnicos do hospital, designados pela direção do mesmo, após sua anuência prévia à aplicação do presente instrumento.

3. Indagar todas as questões formuladas para cada unidade, assinalando os pontos obtidos na coluna correspondente.

- 3.1. Consignar os pontos máximos, sempre que a resposta for positiva.

- 3.2. Atribuir zero (0) à questão, quando a resposta não corresponder ao mínimo exigido, o material necessário não estiver em uso (quebrado, falta, abandono) ou quando a atividade executada não corresponder à questão em pauta.

- 3.3. Colocar um traço (—) quando não existir o que está referido na questão.

4. Para cada questão são conferidos pontos máximos, porém, em algumas, há respostas alternati-

vas, ficando os pontos entre parênteses e significando que apenas uma das respostas é válida.

Exemplo:

Há vestiário para o pessoal:

- com chuveiro
- sem chuveiro

PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
(2)	—
(1)	(1)

O exemplo mostrou que das duas alternativas a resposta positiva foi a segunda, obtendo 1 (um) ponto.

5. Na avaliação não existe meio ponto. Somente se consideram os pontos máximos, as alternativas e o zero ou o traço.

O avaliador não poderá alterar o valor estabelecido para as questões.

6. As observações ou esclarecimentos das questões são importantes e devem ser anotadas no rodapé da página, ou no verso da mesma.

7. Concluído o preenchimento de todos os itens, o avaliador deverá proceder à soma dos pontos e calcular o respectivo percentual, preparando em seguida os quadros, os gráficos e o relatório do trabalho realizado.

B — Indicadores hospitalares

1. Levantamento dos dados

Para o cálculo dos indicadores de qualidade e produtividade hospitalar é necessário obter os dados relacionados nos itens 1 a 17 e mencionar o período ao qual os mesmos se referem, isto é, mês ou ano a que se referem os dados. Se o período não for o mesmo para todos os dados obtidos, anotar o mês ou o ano respectivo, no espaço em branco do item.

Os dados devem ser anotados nas quadriculas, completando com zeros à esquerda caso o número de algarismos seja menor do que o número de quadriculas.

Exemplo:

0	2	0	0
---	---	---	---

Durante o levantamento no hospital, o trabalho deve ficar limitado, apenas, a anotação dos dados dos itens 1 a 17. O cálculo dos indicadores será realizado posteriormente.

2. Cálculo dos indicadores

A operação para o cálculo dos indicadores está referida na coluna de mesmo nome, especificando o número dos itens correspondentes aos dados colhidos. No cálculo dos indicadores de números 18 a 26, proceder do seguinte modo para a obtenção dos respectivos valores: dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100, como se exemplifica no cálculo da taxa de mortalidade institucional. Já os indicadores de números 27 e 28 serão calculados apenas dividindo-se o numerador pelo denominador, por se tratar de média e índice.

O resultado obtido no exemplo a seguir é de 3%, situando-se nos parâmetros 2,1 a 4%, totalizando 55 pontos.

Exemplo: taxa de mortalidade institucional

I — Operação

$$\frac{\text{item 1}}{\text{item 2}} \times 100$$

II — Dados e cálculo

$$\frac{39 \text{ óbitos de pacientes internados em 1984}}{1300 \text{ pacientes saídos em 1984}} \times 100 = 3\%$$

III — Parâmetros e pontos máximos

$$2,1 \text{ a } 4\% = 55 \text{ pontos}$$

IV — O total de pontos onde se enquadra o resultado é, por conseguinte, 55.

Os diversos percentuais obtidos com essa metodologia para avaliação dos indicadores, serão comparados com os parâmetros de qualidade e produtividade atribuídos aos mesmos e estabelecidos no presente instrumento. Tem-se desta forma o número de pontos alcançados em cada item, que deverão ser registrados na respectiva coluna de *pontos obtidos*.

3. O resultado final dos pontos obtidos, com os respectivos percentuais, será apresentado em quadros e gráficos e analisado no relatório.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

AV. LIBERDADE - 2º ANDAR
BLOCO NORTE - PAÇO MUNICIPAL "NOVA JUNDIAÍ"
FONE: (011) 732-8877 - RAMAL 1136

Proc.: _____

NOTIFICAÇÃO

Nº 01

Nome: I

Endereço: _____

Bairro: Centro

Data: 22 de março de 1996 Horas: 16:15 horas

Local: o mesmo

Motivo: Estar em desacordo com as Normas técnicas hospitalares da Legislação vigente

Violou: Portaria 1.884 de 11/11/94 do Ministério da Saúde e N.B.R. 12,807 de janeiro de 1993, da ABNT e Artigos 552 e 556 do Decreto Estadual 12.342/78.

Fica concedido ao notificado o prazo de: _____ (Imediato

para providenciar o seguinte: Apresentar projeto adequando a atividade de LACTÁRIO.

O não cumprimento das exigências sanitárias, no prazo estipulado, sujeitará o notificado às penalidades legais.

CIENTE EM: 22, 03, 96

AUTORIDADE SANITÁRIA

Guilomar Lorencini
Secretaria Diretoria

TESTEMUNHAS: _____

OBSERVAÇÕES: Aplicada a Portaria Ministerial 1565 de 26 de agosto de 1994 no âmbito municipal de acordo com os artigos: 1º e 9º Inciso II § 1º.