



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e
Assistência Hospitalar - uma Experiência Inovadora

MARIZETE ALMEIDA SILVA

ORIENTADORA: PROF^ª CELIA REGINA PIERANTONI

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**



**CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR – UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA**

Marizete Almeida Silva

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração de Saúde - área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde Coletiva, do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Celia Pierantoni

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S586 Silva, Marizete Almeida Silva.
Centros colaboradores para a qualidade da
gestão e assistência hospitalar – uma experiência
inovadora / Marizete Almeida Silva. – 2002.
119f.
Orientadora: Celia Regina Pierantoni.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina
Social.
1. Hospitais - Programas de saúde - Avaliação
- Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses.
3. Assistência hospitalar – Teses. 4. Gestão da
qualidade total – Teses. I. Pierantoni, Celia Regina.
II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU614.2:364.043

RESUMO

CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA

O objetivo desta dissertação foi apresentar o “Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão da Assistência Hospitalar”, procedendo a uma avaliação de seu desenvolvimento e dos resultados obtidos com os dois anos de sua instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O mencionado Programa, que é uma experiência inovadora implementada pelo Ministério da Saúde, visa permitir o intercâmbio, entre instituições hospitalares distintas, de conhecimento e tecnologia suficientes para formar hospitais capacitados a gerenciar racionalmente os recursos disponíveis, minimizando custos administrativos e de produção, otimizando resultados e buscando a ampliação da oferta e da qualidade dos serviços prestados.

Não existem, no Brasil, experiências anteriores com a mesma natureza que possam balizar a concepção, implantação e desenvolvimento do Programa. Assim, este estudo se deu com base nos textos de concepção dessa experiência, nos Termos de Referência elaborados para sua implementação, nos manuais operacionais e de acompanhamento das assessorias prestadas e nos relatórios de avaliação dos Seminários produzidos por consultores e avaliadores do Programa, bem como em consultas aos técnicos e consultores envolvidos.

A presente dissertação abordou os aspectos da implantação e desenvolvimento do Programa, descrevendo seu estágio atual e indicando as novas direções propostas, dando ênfase à característica de pioneirismo da qual o mesmo se reveste, no que se refere ao processo de realização de assessoria/consultoria e à difusão da qualidade de gestão e assistência hospitalares.

Palavras-chave: Qualidade; Gestão; Intercâmbio; Avaliação e Inovação.

ABSTRACT

COOPERATING CENTERS FOR THE QUALITY OF THE ADMINISTRATION AND HOSPITAL ASSISTANCE—AN INOVATING EXPERIENCE

The aim of this dissertation was to present the “Cooperating Centers for the Quality of the Administration and Hospital Assistance”, following an appraisal of its development and of the obtained results in the two years of its implantation, within the scope of the Sole Health System (Sistema Único de Saúde – SUS).

The mentioned Program, being an innovative experience implanted by the Ministry of Health, seek to allow the interchange, among different hospital institutions, of sufficient knowledge and technologies to form hospitals able to rationally administer the available resources, lowering costs of administration and production, optimizing results and seeking the increase of offering and of the quality of the services rendered.

There are not, in Brazil, past experiences of the same nature that could avail the conception, implantation and development of the Program. Thus, this study was realized based on the conception text of this experience, on the Reference Terms elaborated for its implantation, on the operation manuals and on the follow-up of the rendered assessor services and on the appraisal reports of the Seminars realized by consultants and appraisers of the Program, as well as on consultations of involved technicians and consultants.

The present dissertation mentioned the implantation and the development of the Program, describing its present status and pointing to the new proposed direction, emphasizing the pioneering characteristic of which the Program is donned, as far as the assessor/consultant realization process is concerned, and also the diffusion of the administration quality and hospital assistance.

Key words: Quality; Administration; Interchange; Appraisal and Innovation

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, mudanças econômicas e políticas levaram muitos países a tentar diversas abordagens para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. A ênfase em sistemas eficientes de financiamento e prestação de serviços, em muitas iniciativas recentes de reforma na área de saúde, tem impulsionado o desenvolvimento dos sistemas de avaliação.

Inúmeras tentativas e experiências voltadas para a garantia da qualidade da assistência médico-hospitalar, pública e privada vêm sendo implementadas no Brasil. A crescente importância creditada à aplicação da avaliação dos serviços de saúde prestados à população configura um quadro favorável ao aprimoramento da qualidade e da busca de maior efetividade de implantação das políticas nesta área.

A qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde.

O conceito de qualidade em saúde, no entanto, é complexo e por vezes visto de forma redutiva como a simples satisfação do usuário. Contudo, alcançar esta qualidade significa ter assegurada a manutenção, em todos os pontos do sistema de saúde, do melhor padrão possível de cada uma e de todas as ações, serviços, processos e produtos que afetam o bem-estar do indivíduo, do coletivo e a sanidade do ambiente.

A idéia da gestão de qualidade, sob diversas denominações - garantia de qualidade, qualidade total, melhoria contínua de qualidade - vem se disseminando com amplitude e profundidade em diversos segmentos, inclusive o de prestação

Esta Dissertação tem como objetivo geral discorrer sobre a implantação, na rede pública de saúde brasileira, de uma experiência pioneira que tem como base o reconhecimento da importância do tema gerência hospitalar, tanto pelas suas implicações relativas a resultados assistenciais, quanto pelo grande volume de recursos que mobiliza, em face da tendência de custos crescentes da assistência médica.

Apresentando os dados de abrangência e efetiva implementação dessa iniciativa e, em especial, o alcance dos objetivos e metas propostas, é objetivo específico deste estudo proceder a uma análise dos dois anos de desenvolvimento das ações dessa experiência, cuja instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, se deu em junho de 2000, destacando o significado que sua implantação pode ter na melhoria das condições de gerência e assistência dos hospitais públicos.

A iniciativa institucionalizada pelo Ministério da Saúde permite que essas unidades minimizem custos administrativos e de produção, otimizando resultados e, principalmente, estabelecendo rotinas organizacionais eficientes e eficazes, eliminando perdas e gerando receita suficiente para poder viabilizar investimentos em humanização do atendimento, hotelaria e infra-estrutura.

A experiência de que trata esta Dissertação é, na realidade, uma diretriz adotada pelo Ministério da Saúde, como uma forma de permitir a transferência, a instituições hospitalares distintas, de conhecimento e tecnologia suficientes para formar hospitais públicos capacitados a gerenciar de forma racional os recursos disponíveis, e como tal será apresentada e analisada.

1.1. METODOLOGIA

Considerada a característica de pioneirismo da qual a experiência está imbuída, uma vez que não existem, no Brasil, outras anteriores com a mesma natureza que possam balizar procedimentos, tanto na implantação, como no desenvolvimento, acompanhamento e avaliação, ela está sendo desenvolvida por meio de proposições, implementações parciais e permanente avaliação de cada passo dado, visando a consolidação ou correção de rumo.

Assim, este estudo foi elaborado em forma de pesquisa documental, pois foi desenvolvido a partir de material já elaborado, composto de outros que ainda não receberam um tratamento analítico: documentos impressos para um determinado público, textos legais, tais como portarias, manuais e outros. A base foram os textos de concepção da experiência, Termos de Referência elaborados para sua implementação, manuais operacionais e de acompanhamento das consultorias/assessorias prestadas, relatórios de avaliação dos Seminários produzidos por consultores e avaliadores do projeto, bem como Estudos de Caso formulados para caracterizar o desenvolvimento das ações e proporcionar o acompanhamento destas.

Outra fonte de dados importante para o desenvolvimento do estudo foram as consultas realizadas aos técnicos envolvidos no projeto, além de documentos de segunda mão, que, de alguma forma já foram analisados, tais como relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas etc.

O objeto da presente Dissertação que é apresentar a experiência, procedendo a uma avaliação dos resultados obtidos com os dois anos de sua instituição, de acordo com Gil (1996), foi desenvolvido como uma pesquisa descritivo-exploratória porque dele consta o detalhamento das características de concepção, definição e desenvolvimento, que tem como objetivo proporcionar, aos interessados, maior familiaridade com a iniciativa instalada no setor público de saúde.

Dessa forma, na primeira parte deste estudo (item 2) é feita uma explanação do que significa o Programa derivado da iniciativa do Ministério, no que se refere a sua definição e projeto de concepção, bem como às metas propostas. Para isso, constam dessa parte o que seriam as características de idealização do projeto, incluindo sua idéia central, que é focada na melhoria da atenção ao cliente. Neste, estão descritos, detalhadamente, os critérios estabelecidos para a seleção das partes envolvidas na troca de experiências, tecnologias e de metodologias de trabalho; as atribuições de cada ente que participa do processo; as etapas previstas para o desenvolvimento das ações, além daquilo que é preconizado como sendo as orientações básicas para essas ações, seguidas da padronização de condutas e definição da metodologia a ser aplicada.

A segunda parte desta Dissertação (item 3) trata de como o Projeto está sendo efetivamente implantado. De que forma foi feita a seleção das partes envolvidas para as quais os critérios estavam definidos e qual a situação atual dessa implantação, das parcerias estabelecidas. Nesta parte está descrita, ainda, a forma como se deram os Seminários, cuja realização foi proposta como um instrumento de definição de linguagem, instrumentos e metodologia, e dos critérios/parâmetros/ indicadores de avaliação do processo.

A análise dos dois anos de implantação do Projeto está sendo efetuada na terceira parte desta Dissertação (item 4), onde, considerando o diagnóstico atual dos modelos de gestão dos serviços de saúde vigentes na rede assistencial pública brasileira, é feita uma avaliação do item oportunidade da proposta, bem como no que se refere ao alcance efetivo de seu produto, até o momento.

Finalmente, a quarta parte deste estudo (item 5), discorre sobre as novas perspectivas do Programa decorrente do Projeto que estão sendo articuladas pelo Ministério da Saúde. Isto, figura como uma informação complementar que foi julgada importante, no entanto, frente ao que ela pode significar em termos de compreensão da relevância e amplitude que pode ter o intercâmbio estabelecido por meio dessa experiência pioneira, para atender às demandas e necessidades dos usuários, com serviços mais eficazes e articulados.

2. O PROGRAMA CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – Concepção e Conceito

Como estratégia voltada para o fortalecimento das instituições do Sistema Único de Saúde e dos mecanismos de coordenação da rede de serviços, o Ministério da Saúde, a partir de 1999, adotou uma política de incentivo ao debate sobre o tema da gerência hospitalar e suas implicações para o Sistema Único de Saúde - SUS.

Com a finalidade de promover esse debate, foram realizados, nos meses de maio e julho desse mesmo ano, o *Seminário Nacional de Gestão – A Gestão Hospitalar no Contexto da Reforma do Estado* e o *Seminário Nacional de Gestão Hospitalar, Uma Visão Atual do Futuro* que se deram, respectivamente, em Vila Velha/ES e em Porto Alegre/RS.

Por ocasião dos mencionados Seminários, teve lugar a discussão das modalidades e instrumento de gerência hospitalar e os aspectos referentes à inserção das unidades hospitalares no sistema público de saúde. Foram, ainda, discutidas e apresentadas as experiências alternativas no âmbito da gerência e avaliação da responsabilidade dos hospitais na rede de serviços.

Foram abordadas e debatidas nestes Seminários questões como sistemas de informações e indicadores hospitalares, avaliação de serviços, gerenciamento de custos e abordagem da qualidade em hospitais, temas estes considerados relevantes para o conjunto da assistência a ser prestada pelas unidades hospitalares.

De acordo com o que pode ser observado, nas publicações feitas pelo Ministério da Saúde, com o mesmo título dos respectivos Seminários, grande parte das palestras que dele fizeram parte, referiram-se à

exposição de experiências de sucesso no âmbito da gerência hospitalar, que propiciaram, aos dirigentes hospitalares, fundamentos teóricos de grande importância.

Estes Seminários cumpriram o papel de divulgar e estimular o debate relativo a questões críticas para os hospitais públicos brasileiros, buscando o incremento da qualidade da gestão e assistência, e figurando como uma oportunidade de promover e incentivar o intercâmbio de experiência positivas na área de gestão hospitalar.

O Ministério da Saúde, levando em consideração as conclusões dos Relatórios de Avaliação dos dois Seminários de Gestão que indicaram a necessidade de um suporte técnico gerencial aos diversos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde do País, firmou sua posição de construir uma estratégia por meio do desenvolvimento de um conjunto de ações e projetos que se traduzissem em benefícios a essas unidades no que se refere ao tema gerência hospitalar.

Dentro desta perspectiva, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em junho de 2000, instituiu os CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR¹.

Estes Centros Colaboradores passaram a constituir um Programa cujo objetivo é o de contribuir para o aperfeiçoamento e qualificação da gestão e assistência, por meio do intercâmbio entre instituições hospitalares, difundindo adequadas experiências de gestão e assistência hospitalar, estabelecendo e padronizando novas técnicas e ferramentas de gerenciamento aplicáveis às cerca de 6.300 unidades públicas de saúde de portes variados do País.

“Os Centros Colaboradores são instituições públicas ou filantrópicas, de comprovada experiência nas áreas de gestão e assistência hospitalar e por esta condição, reconhecidas pelo Ministério da Saúde como aptas a prestarem ações de assessoria/consultoria às Unidades Hospitalares dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde”².

O Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar aborda, de forma pioneira, questões importantes como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ampliando, dessa forma, a oferta e a qualidade dos serviços prestados. Constitui-se, assim, em importante passo para o enfrentamento dos problemas gerenciais pelos quais passam os hospitais integrantes do SUS.

Para o desenvolvimento do Programa, partiu-se da identificação de instituições públicas ou filantrópicas, de comprovada experiência nas áreas de gestão e assistência hospitalar e, por esta condição, reconhecidas pelo Ministério da Saúde, como aptas a prestarem ações de Assessoria/Consultoria às Unidades aos Hospitais Clientes integrantes do Sistema Único de Saúde, a serem denominadas: Centros Colaboradores.

Os Centros Colaboradores são aqueles identificados pelo Ministério como detentores de melhores condições de gestão e assistência. Os Hospitais Clientes são selecionados entre aqueles que necessitem auxílio para aprimorar seus processos gerenciais e assistenciais. A interação entre ambos os tipos se dá num processo bidirecional.

As ações de Assessoria/Consultoria são efetuadas pelos Centros Colaboradores por meio da celebração de um Termo de Cooperação Técnica, no qual serão estabelecidos os compromissos entre as partes pactuantes, colocando de forma clara e objetiva, todas as obrigações de ambos os lados, estabelecendo e assegurando todas as metas.

Da mesma forma, os hospitais que serão beneficiados pelo Programa deverão celebrar um Termo de Cooperação Técnica, com outras características, o qual além de estabelecer compromissos e deveres, deverá assegurar de forma clara a disposição do hospital em efetivamente assimilar e adotar medidas que visem à melhoria de sua gestão e assistência, em decorrência da consultoria/assessoria recebida.

A idéia central da concepção da proposta está baseada numa visão de qualidade focada na melhoria da atenção ao cliente dos hospitais – a população brasileira.

¹ A instituição dos Centros foi feita por meio da Portaria GM/MS N° 582, de 20 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União n° 120-E, de 23 de junho de 2000, página 38, Seção 1.

² Esta definição constou, inicialmente, da Portaria GM/MS N° 582, de 20 de junho de 2002, e foi mantida no Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias, elaborado como resultado das conclusões do I Seminário do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, realizado no período de 09 a 11 de outubro de 2000.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão hospitalar baseia-se no respeito e valorização do paciente, na humanização do atendimento e na adoção de medidas que visem a atender as crescentes exigências e necessidades da população.

O ponto chave desse Programa está em encontrar alternativas para questões como a crescente evolução da relação entre as diversas instituições e o desenvolvimento das condições que tornem, de fato, os serviços de saúde mais eficazes, consistentes e articulados, de tal maneira, que a troca de experiências traga como denominador comum a busca concreta para satisfazer e atender as urgentes necessidades dos usuários, razão maior de todos os esforços do Ministério da Saúde.

O objetivo específico do Programa Centros Colaboradores é transferir ou construir conhecimentos e tecnologia em todos os hospitais vinculados, capacitando-os a gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção.

Na sua forma de implementação, o Programa desenvolve uma proposta nova no processo de prestação de assessoria e consultoria e na difusão da qualidade de gestão e assistência hospitalar, diferente do processo tradicional, que se dá, normalmente, pela contratação de empresas especializadas.

O processo de transferência ou construção de conhecimento deixa de ser unidirecional, da empresa para o hospital, para ocorrer entre hospitais parceiros, integrantes do Sistema Único de Saúde, que, solidariamente, constroem o conhecimento e desenvolvem tecnologias por meio da troca de experiências, tecnologias, metodologias de trabalho e de conhecimento entre si, contemplando a avaliação de satisfação do cliente e da melhoria constante das ações adotadas, permitindo na sua análise, considerá-las para o redirecionamento da gestão hospitalar.

A adaptação e o aperfeiçoamento de modelos de gestão de qualidade em unidades hospitalares são tidos como desafios na área de assistência à saúde, principalmente para aquelas localizadas em áreas metropolitanas.

Uma forma de aperfeiçoar estes modelos é ter o conhecimento tecnicamente organizado e a identificação da clientela do hospital, levando-se em consideração suas necessidades, origens e agravos, para que as organizações possam se planejar e se organizar de modo a atender as expectativas do usuário.

Dessa forma, a seleção dos primeiros Centros Colaboradores tem base na definição de critérios de observação e avaliação aplicados a cada hospital por meio de visitas de técnicos do Ministério da Saúde, que consideraram os aspectos de porte, localização, grau de desenvolvimento tecnológico, perfil assistencial e modelo gerencial.

Assim, para figurar no Programa como Centros Colaboradores, foi estabelecido que os Hospitais deveriam ter o número de leitos instalados igual ou superior a 250; estar situados em centros urbanos com população superior a 300.000 habitantes; ser instituições que integram o sistema de alta complexidade do Sistema Único de Saúde e ele serem vinculadas e, finalmente, desenvolverem proposta de gestão inovadora, com visão de sistema, voltada para obtenção de resultados.

A idéia foi integrar ao Programa instituições que apresentassem como características comuns o fato de serem hospitais vinculados a atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade; disporem de recursos humanos qualificados e equipamentos e materiais de tecnologia avançados; tivessem grande parte de atendimento destinado aos pacientes do Sistema Único de Saúde; fossem integrantes de sistemas de alta complexidade; figurassem como centros de Referência em suas regiões e que, finalmente, oferecessem receptividade e aceitabilidade ao Programa.

O Incentivo aos Centros Colaboradores figurou como uma questão crucial para o desenvolvimento e o sucesso do Programa. Precisou ser avaliada em profundidade a possibilidade/necessidade de remuneração dos Centros. Um pagamento, por exemplo, por hora/homem/consultoria, colocaria o Programa dentro de uma relação convencional de compra de serviços de consultoria, o que não é seu propósito. Pretende-se o estabelecimento de uma relação de parceria e de trabalho solidário entre as partes envolvidas – Ministério da Saúde – Centros Colaboradores – Hospitais solicitantes de consultoria.

Estabeleceu-se uma proposta inovadora de trabalho e no trato de questões extremamente importantes como a transferência de conhecimento, o desenvolvimento de métodos gerenciais e tecnologias e especialmente, e a criação de uma cultura de humanização no atendimento da população e melhoria da qualidade da assistência prestada.

Assim, a opção foi uma “remuneração” indireta aos Centros, que envolveu diversos aspectos das relações que se estabelecem dentro do sistema público de saúde e alguns benefícios diretos e indiretos aos hospitais, que, efetivamente, viessem a integrar o Programa.

O Ministério da Saúde concebeu benefícios a serem oferecidos aos Centros Colaborados, inicialmente, aos quais foi previsto que seriam agregados outros definidos durante o andamento dos trabalhos e de acordo com a análise qualitativa do trabalho desenvolvido por cada Centro.

Dessa forma, os Centros tiveram reconhecimento formal pelo Ministério da Saúde por meio de Diploma de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar³. Este foi um benefício importante às unidades, pois além de as diferenciar dos outros hospitais, funcionou como importante estímulo à equipe interna do hospital e permitiu sua utilização na divulgação de sua imagem organizacional, inclusive por intermédio dos veículos de comunicação. O Diploma concedido tem prazo de validade estabelecido, podendo ser renovado ou não, de acordo com a qualidade dos serviços prestados pelo Centro.

Entre os benefícios concebidos está o intercâmbio entre os próprios Centros Colaboradores. Embora já sejam hospitais de excelência, a possibilidade de intercâmbio com outras Unidades é bastante importante, possibilitando a troca de experiências, realização de consultoria/assessoria em áreas específicas, a consolidação e obtenção de novos conhecimentos e assim por diante. É assegurada, a todos os Centros Colaboradores, a realização deste intercâmbio, com o financiamento do deslocamento e estada de equipes profissionais, nos mesmos moldes dos previstos para os demais hospitais que receberão consultoria.

Existiu, ainda, o compromisso de que aqueles Centros Colaboradores que se destacassem na execução do trabalho proposto no Programa seria viabilizada a possibilidade de intercâmbio internacional, a ser feito com outros hospitais, centros de ensino e pesquisa e universidades do exterior.

O Ministério da Saúde certificará os técnicos dos Centros Colaboradores participantes do Programa, pelos serviços prestados.

Dentro do processo de intercâmbio internacional, será viabilizada para os profissionais das Unidades, que se destacarem na execução do trabalho, uma visita técnica a um Centro de Referência internacional na área de desenvolvimento da assessoria/consultoria;

Ainda como incentivo aos Centros Colaboradores foi, também, estabelecido que estes terão prioridade na celebração de outras parcerias e convênios junto ao Ministério da Saúde.

Para selecionar os hospitais participantes do Programa como Clientes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, estabeleceu critérios de elegibilidade e de priorização no atendimento.

O estabelecimento desses critérios teve como objetivo triar os hospitais, considerando a área de abrangência do atendimento prestado e selecionar aqueles de maior importância estratégica nos sistemas estaduais de saúde, garantindo que investimentos em melhoria de estrutura física, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos, resultem em efetivos avanços na qualidade do atendimento aos usuários do sistema e, finalmente, Hospitais com problemas organizacionais que reflitam diretamente no Sistema Único de Saúde e que necessitassem de auxílio para o aprimoramento de sua gestão e assistência.

Para figurarem como Hospitais Clientes, as Unidades que necessitem e demonstrem interesse no trabalho dos Centros Colaboradores terão que cumprir os critérios de elegibilidade, não cumulativos, de ter, no mínimo, 100 leitos; ser Hospital Público e Hospital Filantrópico com, no mínimo, 70% dos leitos destinados ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Os critérios de priorização, não cumulativos, exigem que a Unidade possua, no mínimo, um Sistema de Alta Complexidade; seja participante da rede estadual de referência para urgência e emergência⁴ e atendimento de gestação de alto risco⁵ e seja Hospital beneficiado por Programas Especiais do Ministério da Saúde como REFORSUS, Amigo da Criança e outros.

³ Os primeiros títulos de Centros Colaboradores foram concedidos a 29 hospitais, com validade de 01 ano, por meio das Portarias GM/MS de N°s 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 607, 608, 609, 610 e 611, datadas de 20 de junho de 2000. Esses títulos foram revalidados pela Portaria GM/MS N° 2.083, de 13 de novembro de 2001, e pela Portaria GM/MS n° 934, de 24 de maio de 2002.

⁴ O Sistema Estadual de Referência para Atendimento de Urgência e Emergência foi instituído pelo MS por meio da Portaria GM/MS N° 2.923, de 09 de junho de 1998, e os mecanismos para implantação deste foram regulamentados pela Portaria GM/MS N° 479, de 15 de abril de 1999.

⁵ O Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco foi instituído pelo MS por meio das Portarias GM/MS N°s 3.477 e 3.482, publicadas no Diário Oficial n° 160, de 21 de agosto de 1998.

É importante ressaltar que faz parte das metas dessa iniciativa do Ministério da Saúde, cujas idéias de concepção, características de desenvolvimento e definição serão aqui expostas, promover a qualificação dos Hospitais no sentido de que eles se tornem multiplicadores do processo de intercâmbio das experiências exitosas.

ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CENTROS COLABORADORES E HOSPITAIS CLIENTES

Mediante a seleção das Unidades Hospitalares, para a organização do processo, delimitou-se o papel de cada elemento envolvido e, no caso do Programa Centros Colaboradores, isso foi feito com base no estabelecimento de atribuições de cada parte, definindo posições e encargos. Assim, no âmbito do Programa.

A principal atribuição definida para os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, pela Portaria GM/MS N° 582, de 20 de junho de 2000, foi a do desenvolvimento de atividades de assessoria/consultoria, nas áreas em que forem selecionados, junto a hospitais predefinidos e integrantes do SUS, cabendo ainda a estes Centros:

- Prestar pelo menos quatro Assessorias/Consultorias no período de um ano, sendo uma no Estado de origem e três em outros estados, a organizações distintas. Este número de consultorias poderá ser alterado conforme demanda e o grau de complexidade das mesmas;
- Atuar nos hospitais oferecendo suporte técnico, por meio de assessoria/consultoria, realizando diagnóstico da situação e analisando a forma de organização dos serviços assistenciais, contribuindo para a reorganização da gestão e implantando projetos estruturadores e inovadores da assistência;
- Garantir a reprodução, observadas as peculiaridades do hospital beneficiado, de seus modelos, processos e sistemas desenvolvidos e implantados, considerando a experiência satisfatória destes para o bom desempenho da unidade;
- Permitir o intercâmbio de técnicos do seu quadro, para atuarem como assessores/consultores nos hospitais beneficiários, assim como a permanência de técnicos destes últimos, nas suas dependências com a finalidade de conhecer a realidade do Centro Colaborador, possibilitando a reprodução de modelos, processos e sistemas;
- Desenvolver metodologias, instrumentos e tecnologias de avaliação da qualidade e dos impactos assistenciais;
- Assessorar na elaboração e no desenvolvimento de normas, rotinas e protocolos assistenciais;
- Auxiliar o Hospital Beneficiário para que as ações desenvolvidas sejam voltadas para o processo de humanização;
- Produzir relatórios acerca do diagnóstico da situação e proposta de intervenção no hospital beneficiário com suporte técnico, assim como, produzir relatórios finais que permitam a avaliação, da repercussão da assessoria/consultoria nas rotinas destes hospitais;

Ao Ministério da Saúde, no papel de gestor federal do Sistema Único de Saúde cabe:

- Acolher e selecionar os Hospitais Clientes que necessitem e demonstrem interesse no trabalho dos Centros Colaboradores, conforme critérios estabelecidos;
- Apoiar o desenvolvimento dos trabalhos dos Centros Colaboradores nos Hospitais Clientes selecionados, assegurando o deslocamento dos técnicos que prestarão Assessoria/Consultoria, como também, para os profissionais das unidades hospitalares que necessitem deslocamento até as Centros Colaboradores, disponibilizando os recursos necessários;
- Estabelecer indicadores para medir as melhorias implantadas e analisar os relatórios apresentados;
- Elaborar agenda de trabalho em conjunto com os Centros Colaboradores e os Hospitais Clientes, definindo datas e locais das Assessorias/Consultorias;
- Acompanhar o trabalho tanto dos Centros Colaboradores, como dos hospitais clientes, no sentido de perceber melhorias implantadas e analisar os resultados apresentados.

Às instituições hospitalares selecionadas para atuarem como Hospitais Clientes no Programa cabe:

- Solicitar ao Ministério da Saúde apoio técnico dos Centros Colaboradores, indicando a área que necessita de suporte;
- Articular-se com o Centro Colaborador selecionado, organizando e planejando as ações a serem desenvolvidas, enviando relatórios que contenham a descrição dos produtos obtidos como resultado do trabalho realizado;
- Disponibilizar as condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho dos técnicos dos Centros Colaboradores em conjunto com os seus profissionais, no sentido da implantação dos modelos, processos ou sistemas objetos da assessoria/consultoria.

2.1.O PROJETO PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

Para o início da implementação do Programa, foi elaborado um Roteiro do qual consta a padronização das condutas, a definição da metodologia que será aplicada quando do desenvolvimento das atividades de assessoria/consultoria e o estabelecimento de parâmetros, indicadores e critérios de avaliação dos resultados do trabalho proposto e realizado.

Na fase inicial do Programa, fez-se uma avaliação crítica do desempenho – da equipe do próprio Ministério da Saúde, do Centro Colaborador e de cada Hospital Cliente, na implementação das etapas do programa (identificação, diagnóstico, visitas, implementação, acompanhamento e supervisão), bem como das estratégias e metodologias propostas.

Do Quadro 1 consta a descrição das etapas para o desenvolvimento das ações dos Centros Colaboradores. Por meio dos procedimentos adotados em cada uma das 05 (cinco) Etapas definidas, terão lugar a identificação, entre os Centros Colaboradores daquele que tem o perfil que se adequa à modalidade de assessoria solicitada pelo Hospital Cliente.

A partir disso, o Centro Colaborador procederá ao diagnóstico inicial para o conhecimento da real situação. A etapa de diagnóstico é pautada em elementos que orientem a formulação dos planos de trabalho a serem desenvolvidos, por intermédio da formulação e pactuação co-responsável entre clientes e colaboradores.

Em seguida, vem a fase de visita dos técnicos do Hospital Cliente ao Centro Colaborador definido, com o objetivo de receberem o devido treinamento e conhecer a estrutura que será trabalhada, suas rotinas e a forma como as atividades diárias deverão ser desenvolvidas.

As duas etapas finais dizem respeito à implementação das novas rotinas junto às áreas requisitadas do respectivo Hospital Cliente e ao acompanhamento e supervisão desse processo pelos técnicos dos Centros Colaboradores.

De posse da avaliação desta fase, feitas as correções eventualmente necessárias, prevê-se a continuidade do Programa, devidamente criticado e redirecionado, e, dessa forma, poderá ser promovida a ampliação do leque de hospitais Clientes que serão por ele atendidos.

ETAPA I	
IDENTIFICAÇÃO	<p>visita <i>in loco</i> às instituições hospitalares que solicitarem ao Ministério da Saúde a prestação de serviços de assessoria/consultoria, visando à aplicação do instrumento de identificação, que verificará a realidade do hospital-Cliente, buscando identificar no modelo de gestão adotado pelo hospital ações práticas que conduzam a pesquisa de opinião dos clientes.</p> <p>A partir daí será identificado, entre os Centros Colaboradores, aquele hospital que, por suas características, tem o perfil que se adeqüe às necessidades de assessoria/ consultoria do solicitante.</p>
ETAPA II	
DIAGNÓSTICO	<p>Realização de um diagnóstico inicial, por parte dos técnicos dos Centros Colaboradores, nas áreas em que foi solicitada a assessoria/ consultoria, para que a situação seja verificada e, a partir daí, seja definido o desenvolvimento dos trabalhos propostos.</p> <p>Nesta etapa será observado, também, o nível de avaliação da satisfação dos clientes (usuários interno e/ou externo) e considerado seu resultado na elaboração do desenvolvimento dos trabalhos a ser proposto - Plano de Trabalho.</p>

ETAPA III	
VISITAS	<p>Visita de técnicos do hospital solicitante, da área que receberá assessoria/ consultoria, ao Centro Colaborador, para que por meio de treinamento conheça a estrutura que vai ser trabalhada, suas rotinas e a forma como as atividades diárias deverão ser desenvolvidas, aplicando e avaliando os resultados de acordo com as orientações recebidas.</p> <p>Nesta fase, é recomendável que o assessor/consultor juntamente com o técnico visitante do Hospital Cliente, discutam e concluam a importância da pesquisa de opinião dos clientes (internos e/ou externos) nos resultados de desempenho do setor e/ou unidade em observação.</p>
ETAPA IV	
IMPLEMENTAÇÃO	<p>Desenvolvimento dos trabalhos de divulgação e implementação da nova rotina junto aos funcionários das áreas requisitadas, realizado pelos técnicos do hospital Cliente em conjunto com os técnicos dos Centros Colaboradores.</p> <p>As novas rotinas, necessariamente, deverão contemplar ações de verificação de satisfação do cliente.</p>

ETAPA V	
ACOMPANHAMENTO	<p>Após a divulgação e implementação da nova rotina, faz-se necessário que o processo seja acompanhado pelos técnicos dos Centros Colaboradores que receberão informações enviadas pelos hospitais Clientes, avaliando e orientando a evolução dos trabalhos, indicando as necessidades de acertos, quando necessário.</p> <p>Nesta fase, os resultados da implementação dos instrumentos que viabilizam a pesquisa de opinião, principalmente do usuário final, deverão ser considerados para o redirecionamento das ações.</p>
ETAPA VI	
SUPERVISÃO	<p>O Ministério da Saúde procederá ao acompanhamento das atividades por meio de uma equipe de supervisores, que avaliará o processo e identificará a metodologia utilizada, de acordo com os critérios estabelecidos.</p> <p>O supervisor, nesta fase, deverá, verificar a absorção dos resultados da pesquisa de opinião implementadas nas áreas de atuação dos assessores / consultores em confronto com os resultados de satisfação dos clientes anterior aos trabalhos de consulta, se houver, ou em confronto com os resultados de desempenho do setor.</p>

Para a adoção dos procedimentos referentes às etapas listadas, foram estabelecidas as orientações básicas para as ações a serem desenvolvidas junto aos Hospitais Clientes assessorados pelos Centros Colaboradores, padronização das condutas e a definição da metodologia que será aplicada quando do desenvolvimento das atividades de assessoria/consultoria, bem como o estabelecimento de parâmetros, indicadores e critérios de avaliação dos resultados do trabalho proposto.

Em virtude da complexidade do Programa, esse instrumento poderá ser progressivamente modificado conforme a frequência de seu uso, sendo suficientemente flexível para as adequações necessárias às características do Programa.

Ele não é um fator delimitante do conhecimento e sim um norteador para que o processo de assessoria/consultoria seja desenvolvido, uma vez que a ação de consultoria propriamente dita estará vinculada à construção co-responsável de um plano de trabalho entre Centros Colaboradores e Hospitais Beneficiários.

Pretende-se apenas uniformizar e orientar uma base de identificação, para que alguns itens sejam observados nesse processo, de modo que cada Centro Colaborador aplique a forma mais apropriada para a intervenção na realidade encontrada, de acordo com seu conhecimento.

O hospital deve ter claros os requisitos do roteiro de verificação, mas com total liberdade para criar as melhores alternativas para a sua intervenção. Esta orientação permitirá uma maior adaptabilidade ao processo sem a imposição deste ou daquele modelo com desejável.

As ações a serem desenvolvidas junto aos Hospitais Clientes assessorados pelos Centros Colaboradores além de requererem as habilidades técnicas, interpessoais e habilidades de consultoria para completar com sucesso o trabalho proposto.

As atividades deverão levar em conta a especificidade cultural, o nível de desenvolvimento e as características organizacionais e humanas na concepção dos modelos a implementar; além de considerar, também, a realidade existente e os modelos ideais, identificando as oportunidades e dificuldades para alcançá-los.

O trabalho a ser desenvolvido pelo Centro Colaborador deverá buscar, junto à equipe do Hospital Cliente, mecanismos que facilitem a compreensão para possíveis mudanças a serem introduzidas, criando a motivação para a participação ativa e integrada.

O suporte oferecido deve ser eminentemente prático à atuação de forma que venha possibilitar modificações organizacionais, estruturais e funcionais concretas, sem prejuízo do referencial teórico que deve servir de suporte para as soluções propostas.

É importante que os trabalhos sejam desenvolvidos de maneira que o funcionamento da unidade e/ou serviço se oriente a dar respostas de melhoria às necessidades dos pacientes;

Os manuais de normas, rotinas, procedimentos e protocolos deverão pautar-se na legislação vigente e pertinente à área, devendo ser escritos de forma clara, objetiva e acessível a quem os manipula, sendo atualizados periodicamente.

Nas orientações e recomendações, deverá ser considerada a visão sistêmica, tanto da rede assistencial na área de responsabilidade sanitária do hospital, quanto da interdependência entre as suas diversas unidades.

Com a finalidade de auxiliar na identificação e análise dos fatores intervenientes no processo de desenvolvimento organizacional e funcional da unidade e/ou serviço, procurou-se identificar elementos básicos que indiquem evidências de qualidade e segurança da assistência prestada. O desenvolvimento desse instrumento foi fundamentado no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – Ministério da Saúde e em bibliografias pertinentes.

Assim, apresenta-se uma sugestão de roteiro que poderá ser utilizado para diagnóstico das áreas estabelecidas no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar:

- Política de Qualidade e Produtividade.
- Indicadores de qualidade e produtividade.
- Definição da metodologia na mensuração da satisfação do cliente/usuário.
- Metodologia de auto-avaliação de desempenho (setor/unidade) definida, amplamente divulgada, com plena participação dos funcionários em todas as etapas do processo de trabalho.
- Indicadores de avaliação definidos de forma clara, objetiva e confiável e que sejam amplamente divulgados. (epidemiológico, desempenho, qualidade, produtividade, entre outros)
- Instalações físicas e de materiais e equipamentos adequados ao atendimento, proporcionando segurança e conforto aos clientes e funcionários.
- Manuais, normas, rotinas e procedimentos documentados de forma clara e objetiva e com previsão estabelecida de atualização.
- Protocolo de informação aos pacientes e familiares. Clareza e objetividade da comunicação, com definição de responsabilidade pela informação, de acordo com a sua complexidade, nível do paciente/

familiar e impacto da informação, e que este protocolo seja de conhecimento de todos os funcionários do hospital e revisados anualmente sendo atualizados quando necessário.

- Comitê multiprofissional de bioética.
- Programas de pesquisa aplicada ao desenvolvimento dos serviços definidos .
- Recursos Humanos e Materiais adequados ao modelo de assistência.
- Política de capacitação profissional definida e de uso sistematizado, incluindo treinamento em serviço.
- Profissionais técnicos habilitados para as atividades que desempenham.
- Sistema de Informações composto de dados, taxas e indicadores que possibilitem a avaliação dos setores e comparações com referenciais adequados.
- Conhecimento das unidades que compõem o sistema de referência da região.
- Adoção de política de atualização tecnológica.
- Adequação entre os recursos disponíveis (físicos, materiais, financeiros, humanos) e o perfil da clientela ressaltando a importância desta adequação para grupos especiais (crianças, deficientes, idosos , indígenas, pacientes terminais, etc)
- Comissão de Avaliação de Prontuários.

Faz parte, ainda, do Projeto o desenvolvimento de um processo de avaliação que deverá permitir a todos os atores do Programa acompanhar o alcance dos objetivos e das metas propostas nos planos de trabalho. Dessa forma, recomenda-se a coleta sistemática de informações, possibilitando uma análise crítica do processo e a tomada oportuna de decisões que aumentem a efetividade das ações.

Ao Ministério da Saúde, por intermédio dos supervisores, compete realizar a avaliação de todas as etapas de implantação do programa e identificará a metodologia utilizada, de acordo com os critérios do termo de referência e do plano de trabalho.

Fica a cargo do Centro Colaborador uma auto-avaliação que vise levantar as dificuldades para o desenvolvimento dos trabalhos, bem como as soluções encontradas, o que permitirá, além da melhoria constante para a realização da consultoria, redefinir condutas quando necessário.

Neste processo, cabe ao Hospital Cliente avaliar o trabalho recebido do Centro Colaborador com enfoque na resolução dos problemas e uma auto-avaliação em relação ao seu desempenho/envolvimento frente à consultoria recebida.

O processo contará, ainda, com a avaliação do usuário, uma vez que é o foco do Programa e se dará com a utilização de pesquisa de campo, por meio da qual o usuário emitirá sua opinião, que medirá seu grau de satisfação a respeito da utilização dos serviços do hospital. O usuário será ouvido em dois momentos distintos, quando da implementação da consultoria e ao final desta.

As avaliações se formalizarão por meio da emissão de relatórios que deverão conter a metodologia de trabalho e os processos definidos para conseguir cada um dos objetivos específicos contemplados no plano de trabalho para cada área de atuação, podendo, também, incluir um resumo dos principais inconvenientes e condicionantes encontrados.

Os mencionados relatórios, que deverão ser referendados pelo diretor da instituição e equipe de coordenação do projeto, terão que apresentar os produtos finais definidos para cada objetivo específico descrito no plano de trabalho, indicando os resultados obtidos, além do cumprimento de metas estabelecidas para cada área de atuação.

A avaliação dos relatórios será efetuada de acordo com o cumprimento do plano de trabalho, cronograma acordado e a aplicabilidade dos produtos finais. O cumprimento das metas será considerado de acordo com a concretização das transformações previstas e o impacto na mudança da gestão e na forma de atuação do Hospital Cliente.

No caso de existirem observações, serão acordados entre o Ministério da Saúde, Centro Colaborador e Hospital Cliente, as formas e prazos para que se efetuem as correções sobre o hospital correspondente.

2.2. AS ÁREAS GERENCIAIS OU ASSISTENCIAIS DE ATUAÇÃO DO PROGRAMA

A concepção do Programa teve como base o desenvolvimento do trabalho de assessoria e consultoria atendendo duas entre dez diferentes áreas gerenciais ou assistenciais dos hospitais e para a definição das áreas que deveriam ser trabalhadas foram utilizados os manuais de Acreditação Hospitalar⁶ e de Normas Técnicas para Construção de Hospitais⁷, ambos editados pelo Ministério da Saúde. Esta definição resultou na elaboração do Manual do Programa Centros Colaboradores, distribuído às partes integrantes do Programa, como forma de divulgar o processo.

Do Quadro 2 constam as mencionadas áreas que foram agrupadas em dez atribuições, divididas em subáreas de gerenciamento⁸:

⁶ O Manual de Acreditação Hospitalar foi editado pelo Ministério da Saúde, em 1988, quando a atribuição era da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS. Sua 3ª Edição foi aprovada pela Portaria GM/MS N° GM/MS N° 1.970, de 25 de outubro de 2001, já como assunto afeto à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS (em conformidade com a Portaria GM/MS N° 123, de 16 de fevereiro de 2000, que procedeu à transferência de atividades da SPS para a SAS).

⁷ O Manual de Normas Técnicas foi aprovado pela Portaria GM/MS N° 1.884, de 11 de novembro de 1994, e recentemente, a atribuição relativa ao disposto neste Manual foi absorvida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária que revogou esta Portaria e publicou a de n° 554, de 20 de março de 2002 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e a Resolução n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração, avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

⁸ O **Anexo 1** deste trabalho traz os itens específicos a serem verificados nas respectivas áreas, bem como os indicadores de avaliação, cuja elaboração foi igualmente fundamentada nas fontes citadas. Os indicadores expressam uma série de atividades que ocorrem no hospital, que consomem tempo, trabalho e recursos. De acordo com a Prof^a. Dr^a Ana Maria Malik, em palestra no Seminário Nacional de Gestão Hospitalar, promovido em julho de 1991, Indicador é uma forma de representação quantificável de uma característica de um produto ou processo. Eles não precisam ser numéricos, mesmo os indicadores qualitativos podem ser “quantificáveis”.

Quadro 2

Atribuições e áreas gerenciais ou assistenciais para atuação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.

Atribuição 1 - Realização de Ações Básicas de Saúde <ul style="list-style-type: none">• Promoção, prevenção e vigilância à saúde da comunidade
Atribuição 2 - Organização da Assistência Médica <ul style="list-style-type: none">- Unidade de Internação- Corpo Clínico- Ambulatório- Atendimento de Emergência- Centro Cirúrgico- Centro Obstétrico- Neonatologia- Terapia Intensiva
Atribuição 3 - Diagnóstico e Terapia <ol style="list-style-type: none">1. Análises Clínicas2. Diagnóstico por Imagem3. Métodos Gráficos<ul style="list-style-type: none">➤ Anatomia Patológica➤ Hemoterapia➤ Medicina Nuclear➤ Radioterapia
Atribuição 4 – Apoio Técnico <ul style="list-style-type: none">➤ Farmácia➤ Serviço de Nutrição e Dietética➤ Enfermagem➤ Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)➤ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)➤ Serviço Social➤ Biblioteca
Atribuição 5 - Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none">➤ Relacionamento da Instituição com o Corpo Funcional➤ Desenvolvimento da Política de Recursos Humanos
Atribuição 6 - Processamento e Abastecimento <ul style="list-style-type: none">➤ Lavanderia➤ Central de Material de Esterilização (CME)
Atribuição 7 – Apoio administrativo <ul style="list-style-type: none">➤ Sistema Administrativo e Financeiro➤ Política de Materiais➤ Sistema de Avaliação e Controle

2.3. O FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

O financiamento das atividades do Programa está inserido na área Programática IV – Fortalecimento da Capacidade de Formulação e Implementação de Políticas de Saúde, do Componente II do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS⁹ – Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde.

O custeio das atividades de consultoria e assessoria desenvolvidas pelo Programa não se dá pelo tradicional pagamento de homem/hora/consultoria. Ocorre por meio da viabilização, pelo Ministério da Saúde, do intercâmbio entre técnicos voluntários do Hospital Centro Colaborador e do Hospital Cliente, que têm custeadas pelo Programa tão-somente suas despesas de viagem relacionadas às visitas realizadas entre os participantes (passagens e diárias). O custo deste trabalho, quando comparado com o de uma consultoria tradicional, é significativamente menor.

Os valores efetivamente gastos com o desenvolvimento do Programa, de sua implantação até outubro de 2002, estão na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1

Valores gastos com o desenvolvimento e implementação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar do MS – jun/2000 a out/2002

(em R\$)	(em U\$)	Identificação
1.045.974,67	281.933,87	Seminários para orientação metodológica
81.695,76	22.020,42	Etapa I = identificação = em campo
192.908,52	51.996,91	Etapa II = diagnóstico = em campo
161.774,01	43.604,85	Etapa III = visitas = em campo
241.306,09	65.042,07	Etapa IV = implementação/ acompanhamento em campo
180.398,73	48.624,99	Etapa V = supervisão = em campo (inclusive remuneração)
109.909,83	29.625,29	Etapa VI = avaliação = em campo
2.013.967,61	542.848,41	= total

Fonte SAS/MS – 2002. Cotação do dólar câmbio oficial do dia 26/09 – U\$ 1,00 = R\$ 3,71.

Nesta parte da Dissertação, foram expostas das características de concepção do Programa e seu conceito, bem como das constatações que levaram o Ministério da Saúde a adotar o Programa como uma diretriz para o fortalecimento das instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

Fez-se referência, ainda, aos critérios de porte, localização, grau de desenvolvimento tecnológico, perfil assistencial e modelo gerencial adotado pelas Unidades a serem apontadas como Centros Colaboradores, e aos critérios de priorização a serem aplicados na eleição dos Hospitais Clientes. Além disso, abordou-se o aspecto de como o Ministério da Saúde pretendeu o desenvolvimento do Programa, incluindo sua respectiva abrangência, em termos de forma de financiamento, sendo a efetiva aplicação do Projeto elaborado objeto do próximo item desse estudo.

⁹ O REFORSUS é o maior projeto de investimentos do Ministério da Saúde e Integra o Plano de Metas do próprio Ministério. Instituído em 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e o Banco Mundial – BIRD, no valor de US\$ 650 milhões. Os investimentos se dão na recuperação da rede física de saúde do Brasil, vinculada ao SUS, mediante compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde (Componente I) e, também, em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde no País (Componente II).

3. A EFETIVA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – Do Projeto à Situação Atual

Este item do estudo pretende dar uma visão de como foi levado a efeito o projeto do Programa, como foram aplicados e no que resultaram os critérios para seleção dos Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, o estabelecimento das atribuições para cada parte e, em especial, explicitar que, em virtude da complexidade do Programa e do fato de que o mesmo, conforme já foi abordado, representa uma proposta inovadora na área, sua implantação está sendo gradual.

A implementação do Programa vem ocorrendo de maneira a permitir, com um número inicial menor de hospitais Clientes, a avaliação adequada do processo de implantação proposto, análise da metodologia empregada e eventuais correções de curso que sejam necessárias.

O processo inicial da efetiva seleção das instituições que atuariam como Centros Colaboradores foi baseado em um prévio mapeamento por regiões com a identificação de hospitais com reconhecida experiência de excelência e /ou referência em propostas inovadoras de gestão e visão sistêmica voltadas para a obtenção de resultados. Dentre estes hospitais, aqueles que possuísem resultados expressivos em indicadores gerenciais foram visitados por técnicos do Ministério da Saúde, ocasião na qual foi, ainda, apresentada a filosofia do Programa.

Nessas visitas, foram aplicados questionários para cadastramento dos Centros Colaboradores. Por meio destes, pretendeu-se verificar, em primeiro lugar, a disposição e vontade política da instituição em participar de um programa nos moldes propostos, viabilizando a integração de seus técnicos na realização de assessoria/consultoria a outras instituições hospitalares. A partir daí, foram avaliadas, especificamente, as 10 áreas de atividade objeto do Programa e identificadas aquelas em que o hospital seria capaz de atuar como consultor. Foram consideradas neste processo, além da avaliação dos técnicos do Ministério da Saúde, aquelas áreas em que o hospital poderia ser tido como de excelência e melhor capacitado para a transferência de conhecimentos.

Mediante a realização do processo seletivo, foram escolhidos os 29 (vinte nove) Centros Colaboradores cujos nomes estão abaixo relacionados no Quadro 3, com os respectivos estados de localização:

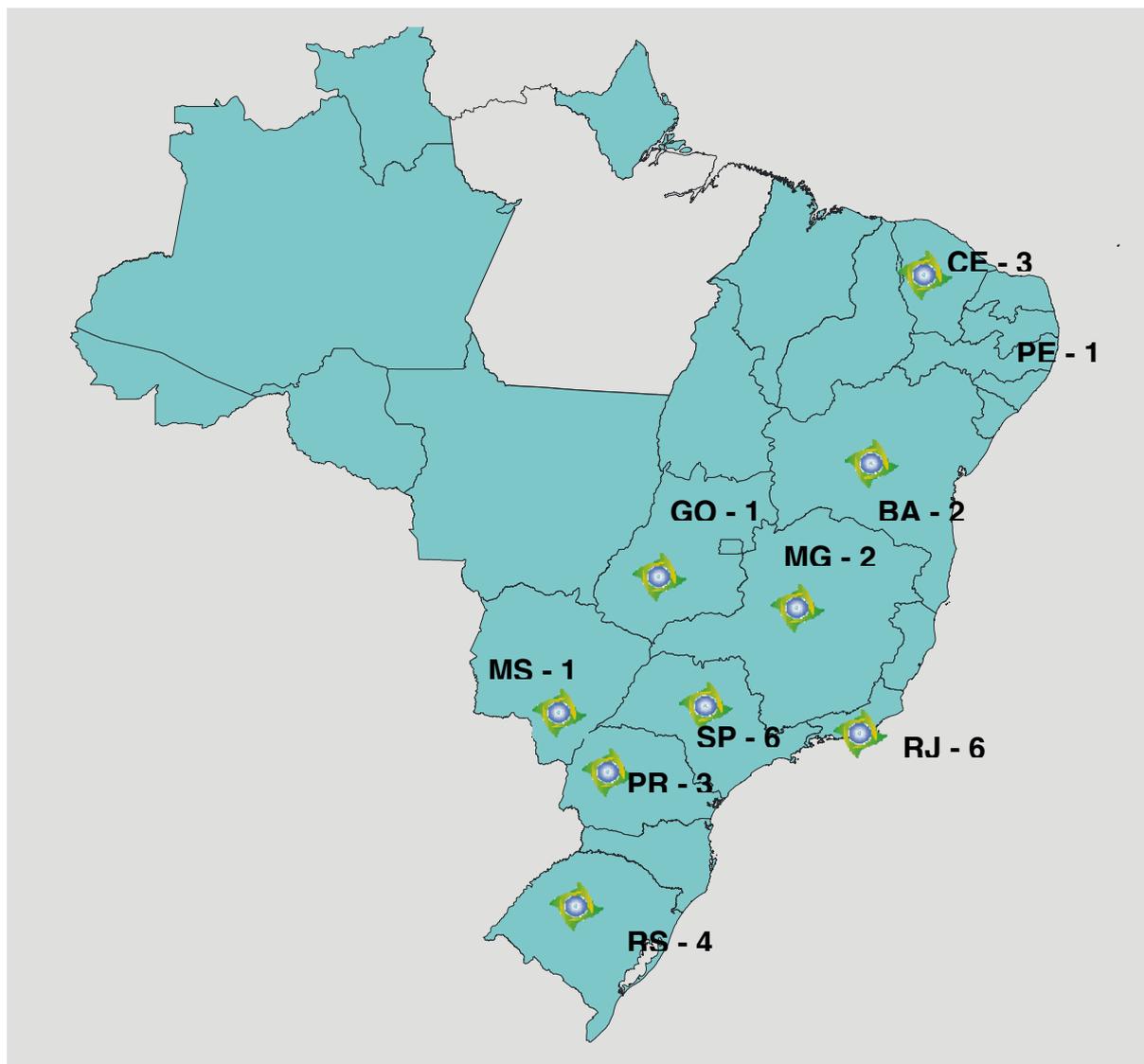
Quadro 3

Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar selecionados pelo Ministério da Saúde

UNIDADES HOSPITALARES	LOCALIZAÇÃO
1. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Porto Alegre/RS
2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina	Marília/SP
3. Hospital das Clínicas da FMUSP	São Paulo/SP
4. Hospital das Clínicas da UFMG	Belo Horizonte/MG
5. Hospital das Clínicas da UNICAMP	Campinas/SP
6. Hospital de Clínicas da UFPR	Curitiba/PR
7. Hospital de Clínicas da UFRGS	Porto Alegre/RS
8. Hospital do Rim e Hipertensão	São Paulo/SP
9. Hospital do Trabalhador	Curitiba/PR
10. Hospital dos Servidores do Estado	Rio de Janeiro/RJ
11. Hospital Geral de Fortaleza	Fortaleza/CE
12. Hospital Municipal Salgado Filho	Rio de Janeiro/RJ
13. Hospital São Lucas da PUC	Porto Alegre/RS
14. Hospital São Paulo	São Paulo/SP
15. Hospital São Rafael (filantrópico)	Salvador/BA
16. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	Londrina/PR
17. Hospital Universitário Walter Cantídio da UFCE	Fortaleza/CE
18. Instituto Dr. José Frota	Fortaleza/CE
19. Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ	Rio de Janeiro/RJ
20. Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP	Recife/PE
21. Instituto Nacional de Câncer – INCA	Rio de Janeiro/RJ
22. Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras	Rio de Janeiro/RJ
23. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia	Rio de Janeiro/RJ
24. Instituto Psiquiátrico Raul Soares FEMIG	Belo Horizonte/MG
25. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	Porto Alegre/RS
26. Santa Casa da Bahia – Hospital Santa Isabel	Salvador/BA
27. Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (filantrópico)	Goiânia/GO
28. Sociedade Beneficente de Campo Grande – Santa Casa	Campo Grande/MS
29. Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto/SP

Figura 1

Distribuição e Quantidade de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar por estado



Fonte SAS/MS - 2002

Conforme pode ser verificado na figura 1, os Hospitais Centros Colaboradores estão concentrados, sobretudo nas regiões Sudeste (57,1%) e Sul (25%). Isso reflete a realidade de gestão e assistência no Brasil. Historicamente, as Regiões Sudeste e Sul são identificadas como as mais desenvolvidas do País, entre outras áreas, na de assistência e gestão hospitalar. Isso se evidencia ao observarmos algumas características comuns aos hospitais dessas duas regiões geográficas: vínculo dos serviços à comunidade a atividades de ensino, pesquisa e extensão; recursos humanos qualificados; equipamentos e materiais de tecnologia avançada; integração a sistemas de alta complexidade; e status de Centros de Referência em suas microrregiões.

A proposta inicial foi atender cerca de 36 (trinta e seis) hospitais Clientes, estratégia que permitiu verificar o real empenho das partes envolvidas – Centro Colaborador e Hospital Cliente.

A partir da definição dos critérios mínimos e da distribuição regional, foi solicitado às Secretarias de Saúde estaduais e municipais que identificassem e indicassem os hospitais para participar do Programa. Tendo em vista a adesão ao Programa apresentada pelos hospitais envolvidos, a repercussão do desenvolvimento do trabalho, seus resultados práticos no incremento da qualidade da gestão e da assistência e ainda uma avaliação global favorável à manutenção e ampliação desta modalidade de trabalho, o Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar foi ampliado em 2002.

Na nova fase do Programa foram mantidos os mesmos critérios de seleção dos Hospitais Clientes, porém, foi flexibilizada a questão regional, incluindo alguns hospitais nas Regiões Sul e Sudeste.

A expansão do Programa Centros Colaboradores manteve os princípios fundamentais que tratam de questões gerenciais da racionalização dos recursos disponíveis, da ampliação da oferta de serviços, trabalhando de forma intensa para a melhoria da qualidade e humanização do atendimento aos usuários do sistema. Os primeiros 36 hospitais selecionados, na condição de clientes, continuam fazendo parte do programa, foram selecionados mais 25 hospitais totalizando atualmente 61 hospitais, relacionados no Quadro 4.

Quadro 4

Unidades selecionadas para atuarem como Hospitais Clientes no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde

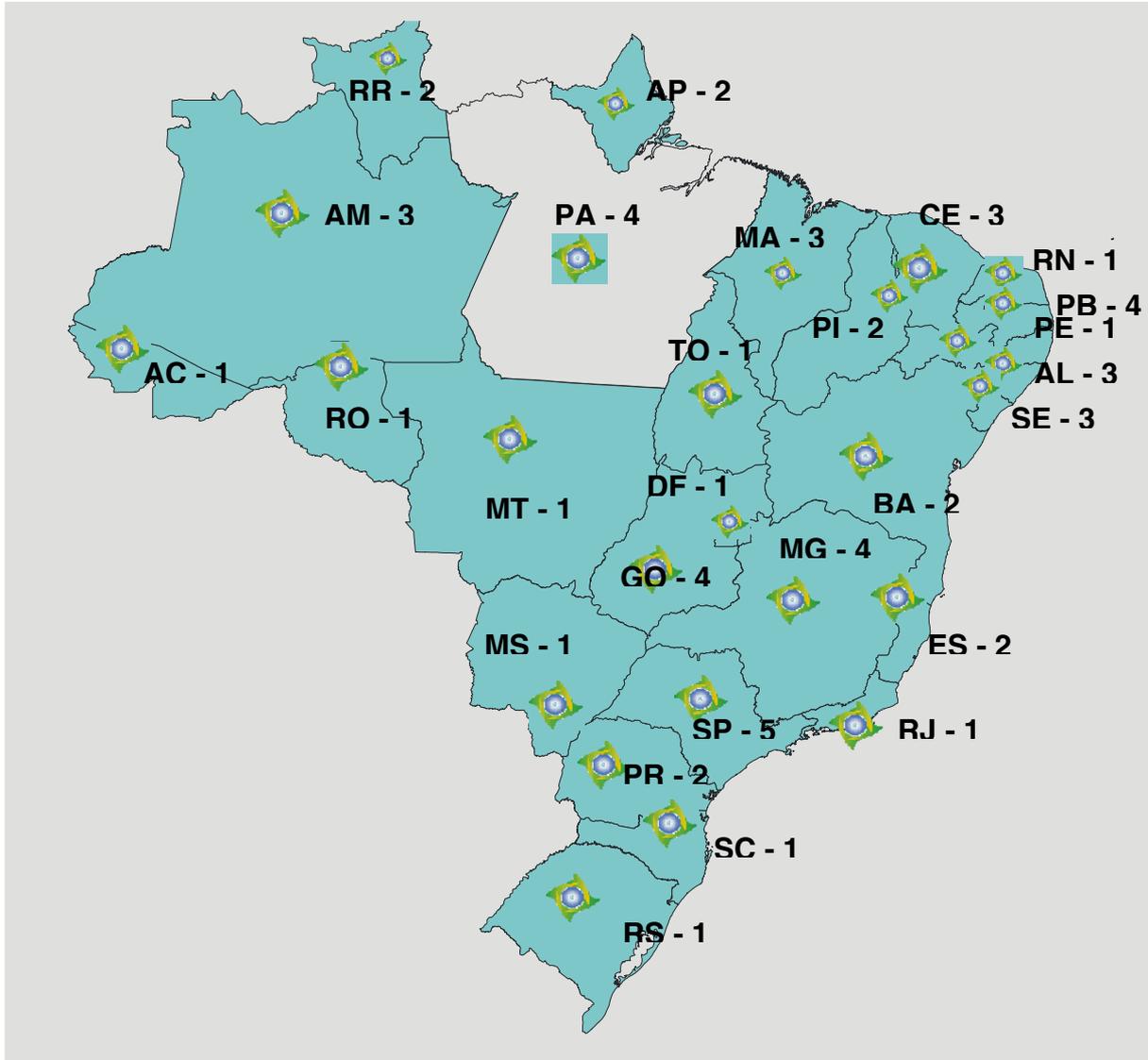
UNIDADE HOSPITALAR	LOCALIZAÇÃO
1. Associação Aracajuana de Beneficência – Hospital Santa Isabel	SE
2. Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá	MG
3. Associação de Proteção à Saúde à Maternidade e à Infância de Caucaia – Hospital Maternidade Dr. Paulo Sarasate	CE
4. Fundação Antônio Jorge Dino – Hospital Aldenora Belo	MA
5. Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia	SE
6. Fundação Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas	AL
7. Fundação Hospitalar do Acre FUNDHACRE	AC
8. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	PA
9. Hospital Antônio Bezerra de Farias	ES
10. Hospital da Criança Santo Antônio	RR
11. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP	SP
12. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	GO
13. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	PE
14. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná	PR
15. Hospital de Emergência do Amapá	AP
16. Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	PB
17. Hospital de Especialidades	AP
18. Hospital de Pediatria da UFRN	RN
19. Hospital de Pronto Socorro da Prefeitura de Guamá	PA
20. Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO	GO
21. Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura	MA
22. Hospital do Pronto Socorro Municipal de Belém	PA
23. Hospital Dr. Dório Silva	ES
24. Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes – SMS	SP
25. Hospital Escola Hélios Auto	AL
26. Hospital Geral Adriano Jorge	AM
27. Hospital Geral do Estado/BA	
28. Hospital Infantil Arlinda Marques	PB
29. Hospital Internacional dos Estivadores de Santos	SP
30. Hospital Júlia Kubstcheck	MG
31. Hospital Regional Justino Luz	PI
32. Hospital Materno Infantil – HMI	GO
33. Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré	RR
34. Hospital Municipal de Ji-Paraná	RO
35. Hospital Municipal Djalma Marques – Socorrão I	MA

36. Hospital Municipal de Maracanaú	CE
37. Hospital Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	AM
38. Hospital Regional de Guarabira – Hospital Antônio Paulino Filho	PB
39. Hospital Regional de Sorriso	MT
40. Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande	PB
41. Hospital Universitário Antônio Pedro	RJ
42. Hospital Universitário de Brasília	DF
43. Hospital Universitário João de Barros Barreto	PA
44. Hospital Universitário Onofre Lopes	RN
45. Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – UFAL	AL
46. Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – Universidade Federal da Bahia	BA
47. Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	CE
48. Irmandade da Santa Casa de Vinhedo	SP
49. Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade	SC
50. Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros	MG
51. Irmandade Santa Casa de Londrina	PR
52. Maternidade Dona Evangelina Rosa	PI
53. Maternidade Escola Januário Cicco	RN
54. Maternidade Hildete Falcão Batista	SE
55. PRO SAUDE – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Hospital Geral de Palmas	TO
56. Pronto Socorro da Criança Zona Sul	AM
57. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	MG
58. Santa Casa de Misericórdia de Goiânia Obra Unida à Sociedade São Vicente de Paulo	GO
59. Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado – Hospital Bruno Born	RS
60. Sociedade Beneficência Corumbaense	MS
61. Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto Hospital Imaculada Conceição	SP

Conforme pode ser verificado nas Figuras 2 e 3, abaixo, a distribuição regional desses hospitais clientes demonstra que a maioria se concentra nas regiões Nordeste (39%) e Norte (23%), nas demais regiões Sudeste (20%), Centro Oeste (11) e Sul (7%):

Figura 2

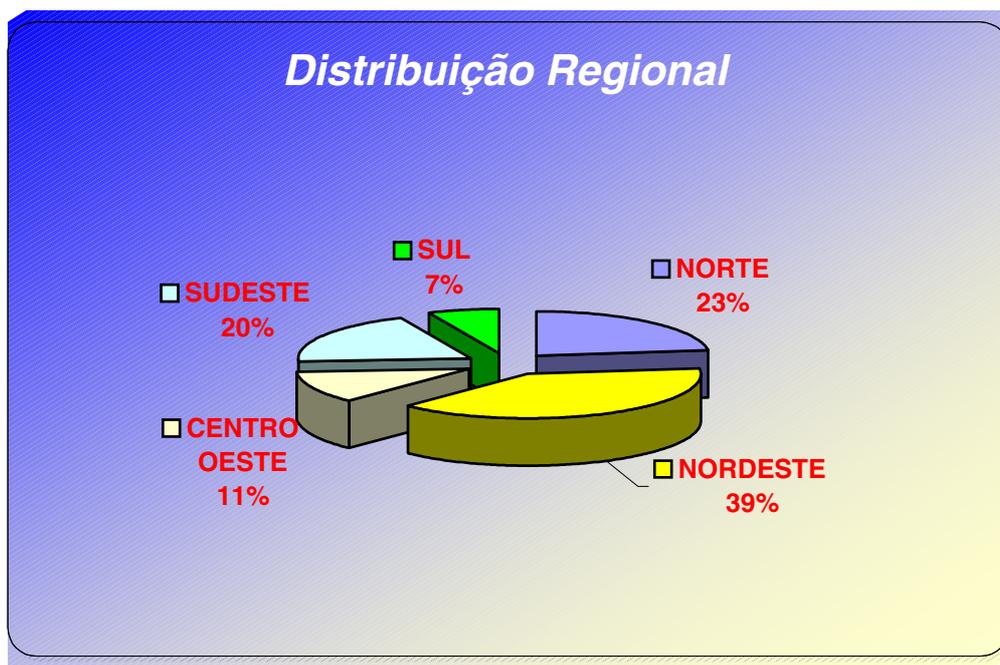
Distribuição regional dos hospitais clientes, do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde



FONTE: SAS/MS - 2002

Figura 3

Percentual de distribuição regional dos hospitais clientes, do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde



Fonte SAS/MS - 2002

3.1. PARCERIAS DO PROGRAMA – CENTRO COLABORADOR/ HOSPITAL CLIENTE

Identificados os Hospitais Clientes e definidas as áreas prioritárias em que deveriam ser desenvolvidos os trabalhos de assessoria e consultoria (duas das 10 áreas previstas no Programa), partiu-se para a identificação, entre os Centros Colaboradores, daquele que melhor poderia atender às necessidades específicas de cada Hospital Cliente. Isso foi feito por meio da análise do perfil assistencial do Cliente e do Centro Colaborador, as áreas a serem trabalhadas e a disponibilidade de tecnologia no Centro Colaborador para atender à demanda do Cliente. Definiram-se, desta forma, as parcerias Centro Colaborador/Hospital Cliente. Com o desenvolvimento do trabalho e fruto de avaliação feita no acompanhamento do Programa, algumas dessas parcerias foram redefinidas.

O Quadro integrante do Anexo 2 desta dissertação apresenta um consolidado das áreas mais solicitadas nos dois anos de atividades, descrevendo as parcerias estabelecidas entre os 29 Centros Colaboradores e os 61 Hospitais Clientes, bem como as áreas da gestão ou assistência objeto da assessoria ou consultoria e as ações programadas. A exceção aqui são os Hospitais Clientes em relação aos quais a Etapa II – Diagnóstico não foi concluída, porém, para efeito de informação quanto a qual é a parceria é importante que seja feita referência aos mesmos

Da leitura do mencionado Quadro pode-se depreender que, nos dois anos de atividades do Programa, a atribuição correspondente ao maior número de solicitações de consultorias feitas pelos Hospitais Clientes, é a de nº 7 – Apoio Administrativo, que representa 36% do total de pedidos referentes às dez atribuições listadas no item 1.3 desta Dissertação.

Destaca-se, ainda, o fato de que as consultorias nas subáreas “Política de Materiais”, “Sistema Administrativo e Financeiro” e “Tecnologia da Informação”, agrupadas nesta Atribuição 7, com uma pequena diferença de incidência, foram objeto de diversos pedidos, sendo relevante ressaltar o enfoque dado pelas ações programadas para a necessidade de controle de material, no se refere à solicitação e recebimento, assim como para a implantação de sistemas informatizados e de custos e reorganização e definição de processos de trabalho.

Em segundo lugar, dentre as áreas em que foi diagnosticado que os Hospitais Clientes mais necessitam de assessoria, está a Atribuição 4 – Apoio Técnico, que representa 27% do total dos pedidos efetuados. As consultorias foram solicitadas, especialmente, no que diz respeito às subáreas “Enfermagem”, “Farmácia” e “Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)”, nesta ordem de priorização pelos Hospitais Clientes, sendo bastante significativo o registro de ações programadas no sentido de melhoria das rotinas da Enfermagem, inclusive com criação de Conselhos de Ética e treinamento em serviço e capacitação, bem como com os processos gerenciais das Farmácias, definição de fluxos nessas áreas e controle de estoque.

Observa-se, em terceiro lugar, que o número de pedidos de assessoria referente à Atribuição 2 – Organização da Assistência Médica, corresponde a 19% do total, sendo que a maioria das solicitações de assessoria diz respeito à sub-área “Atendimento de Emergência”, com prioridade para a fixação de fluxos e rotinas. Esta sub-área é seguida, em número de pedidos de consultoria, pela denominada Centro Cirúrgico.

O fato de representar 11% das solicitações de assessorias feitas por parte dos hospitais clientes dá à Atribuição 3 – Diagnóstico e Terapia, o quarto lugar na lista daquelas mais requisitadas. Tem destaque entre as sub-áreas agrupadas nesta Atribuição, a denominada sub-área “Análises Clínicas”.

Estão sendo, ainda, objeto das ações programadas pelos Centros Colaborados, após as etapas de visita e diagnóstico, as sub-áreas agrupadas na Atribuição 8 – Gestão Hospitalar, especialmente, a denominada “Ferramentas de Gestão”.

No que se refere à Atribuição 5 – Recursos Humanos, pode ser constatado pela descrição do Quadro que é sensível a preocupação das Unidades Hospitalares com a necessidade de desenvolvimento de ações dos Centros Colaboradores nas subáreas “Relacionamento da Instituição com o Corpo Funcional” e “Desenvolvimento da Política de Recursos Humanos”.

Analisando-se os pedidos de consultoria efetuados, é possível se ter a clara noção das maiores carências das Unidades Hospitalares Públicas no Brasil, em termos de gerenciamento de recursos disponíveis. Isso se for considerada a representatividade dos Hospitais que estão sendo beneficiados com as ações dos Centros Colaboradores, seja pelo respectivo número de leitos, modalidade assistência prestada à população ou pela importância de sua participação na rede estadual de referência, características que, para se tornarem Hospitais Clientes, essas unidades tiveram que atender, uma vez que foram exigidas pelos critérios de elegibilidade, às quais foi feita referência no item 2 desta Dissertação.

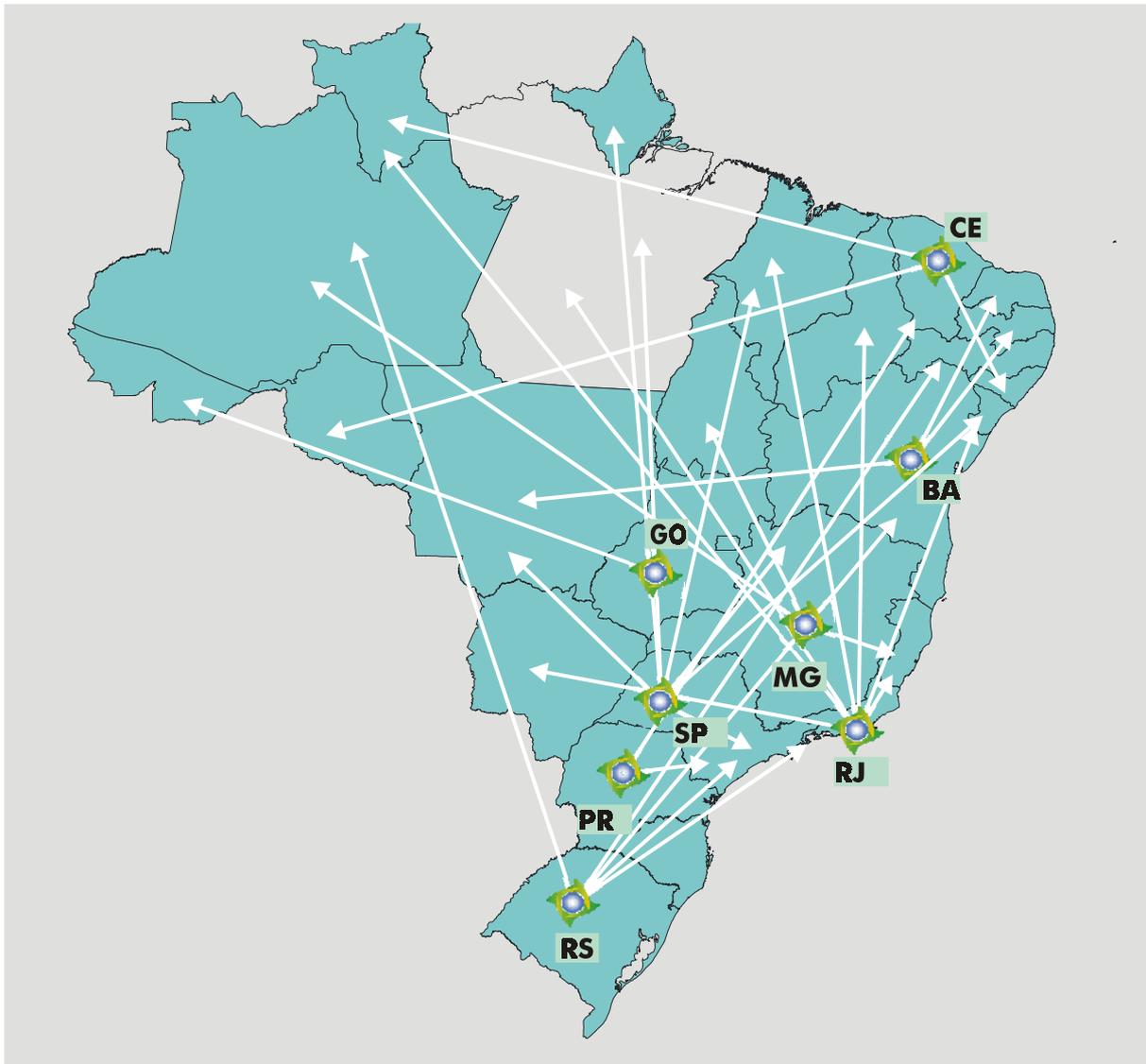
Evidentemente, que não existe nada “engessado” dentro dessas parcerias estabelecidas entre Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, até porque as assessorias/consultorias pactuadas apresentam uma diversidade significativa. A partir das necessidades identificadas por meio do diagnóstico inicial podem surgir outras a serem sanadas no decorrer do processo que é bastante dinâmico.

Conforme consta do Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias “pretende-se apenas uniformizar e orientar uma base de identificação, para que alguns itens sejam observados nesse processo, de modo que cada Centro Colaborador aplique a forma mais apropriada para a intervenção na realidade encontrada, de acordo com seu conhecimento. O hospital deve ter claros os requisitos do roteiro de verificação, mas com total liberdade para criar as melhores alternativas para a sua intervenção”.

Ainda de acordo com o Manual “esta proposta permitirá uma maior adaptabilidade do processo sem a imposição deste ou daquele modelo como desejável.”

A Figura 4 demonstra a verdadeira malha de cooperação pela qualidade gestão e da assistência hospitalar que foi estruturada com a implantação do Programa de Centros Colaboradores. Estão assinalados os Centros Colaboradores e seus Clientes. Estando representada na Figura 5 a distribuição percentual das áreas-alvo das assessorias e consultorias a hospitais clientes, resultando dos dois anos de desenvolvimento do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde.

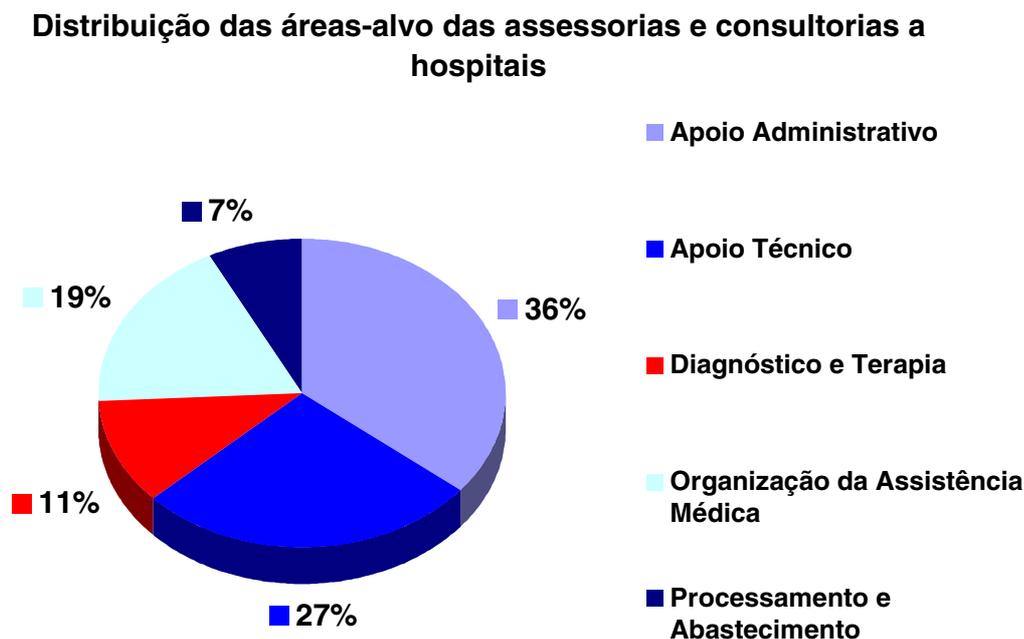
Figura 4
Parcerias estabelecidas entre Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde



Fonte SAS/MS - 2002

Figura 5

Distribuição percentual das áreas-alvo das assessorias e consultorias a hospitais clientes, do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde



Fonte SAS/MS – 2002

Uma vez instalado o processo de parcerias/consultorias, os trabalhos foram sendo desenvolvidos de acordo com as etapas concebidas para a realização das assessorias: Identificação, diagnóstico, visitas dos técnicos do hospital cliente ao respectivo Centro Colaborador, implementação das rotinas, acompanhamento e supervisão. Para se manter a par do andamento do processo deflagrado nas diversas localidades do País, além dos sistemas de avaliação previstos, o Ministério da Saúde, entendeu necessário o incremento das formas de avaliação e acompanhamento.

Por esse motivo, e buscando uma maior integração e interação dos atores envolvidos no processo, foram organizados fóruns de discussão do assunto, na forma de seminários, sobre a realização dos quais trata o próximo item desta dissertação.

3.2. OS SEMINÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

O fato de se tratar de um projeto cujo desenvolvimento é de nível nacional, identificou-se a importância de se constituir fóruns de discussão e explanação de resultados e debates sobre o tema, nos primeiros dois anos de implantação e desenvolvimento do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar foram realizados três seminários, cada um com um objetivo distinto.

O **I Seminário** foi realizado na cidade de Pirinópolis/GO, no período de 09 a 11 de outubro de 2000, contando com a presença de 234 profissionais, convidados e integrantes dos hospitais, das mais variadas localidades do País e do exterior, que participam das atividades de assessoria/consultoria estabelecidas pelo Programa.

O Objetivo deste **I Seminário** foi a unificação da linguagem entre os Centros Colaboradores, dos instrumentos e metodologias a serem empregados no desenvolvimento das consultorias/assessorias e critérios/parâmetros/indicadores de avaliação de desenvolvimento e resultado do trabalho proposto e realizado.

Este **I Seminário** teve como público alvo um representante técnico de cada área em que o Centro Colaborador tenha sido habilitado, responsável pela coordenação da equipe de consultores em sua respectiva área e um representante de cada Hospital Cliente para apresentação e conhecimento da filosofia do Programa.

A estratégia de desenvolvimento deste **I Seminário** foi baseada em Palestras sobre Consultoria preferidas por conceituados profissionais da área, com a finalidade de abordar temas relativos à realização das consultorias, com indicação da postura e conduta esperada de um consultor, abrangência do trabalho a

ser desenvolvido e a conscientização de seus limites. Esta abordagem inicial visou aumentar a familiaridade dos técnicos dos Centros Colaboradores com o tema Consultoria/assessoria. Pretendeu-se, além disso, criar as condições necessárias para uma ampla discussão das dificuldades eventualmente existentes e daquelas que viriam com o desenvolvimento do trabalho.

Nesta fase inicial do **I Seminário** pretendeu-se, igualmente, a abordagem do tema “humanização do atendimento¹⁰”, com o relato de experiências de sucesso, metodologias empregadas, estratégias de implantação de programas com este objetivo, critérios de avaliação, formas/métodos de avaliação de satisfação dos clientes e da realização de pesquisa de opinião dos usuários.

Como resultado das atividades e procedimentos adotados neste **I Seminário** foi obtido um documento final que atuou como sinalizador para a metodologia a ser desenvolvida na execução do trabalho e os critérios/parâmetros/indicadores gerais a serem utilizados na avaliação do programa e de seus resultados. A motivação dos participantes para o desenvolvimento do trabalho foi um dos sub-produtos importantes alcançado.

No período de 05 a 08 de agosto de 2001, foi realizado, na cidade de Salvador/BA, o **II Seminário** do Programa, que teve como objetivos a avaliação do andamento das atividades desenvolvidas nos primeiros quatro meses de execução do Programa, do processo de implantação e desenvolvimento do projeto sob o ponto de vista da metodologia e dos trabalhos desenvolvidos entre o Centro Colaborador e o Hospital Cliente.

Essas avaliações foram realizadas enfocando, principalmente, o aspecto global sob o ponto de vista operacional; do projeto sob o ponto de vista do Centro Colaborador, sua inserção no mesmo e do trabalho e atividades realizadas até aquele momento, considerando a relação e receptividade estabelecidas com os Hospitais Clientes, tendo como base o trabalho realizado pelo Centro Colaborador e a auto-avaliação, sob a ótica de seu aproveitamento e expectativas dentro da execução do projeto.

O **II Seminário** do Programa teve como público alvo os Técnicos dos Centros Colaboradores envolvidos, diretamente nas atividades de assessorias/consultorias; Técnicos dos Hospitais Clientes envolvidos, diretamente nas atividades de assessorias/consultorias; Diretores dos Centros Colaboradores e dos Hospitais Clientes; supervisores do Ministério da Saúde e convidados das áreas de assessorias/consultorias, de notório saber, para atuarem como comentaristas.

Durante o Seminário Nacional de Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar¹¹, ocorrido no período de 21 a 24 de maio de 2002, em Brasília/DF, teve lugar o **III Seminário** do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, cujo objetivo foi avaliar os trabalhos de assessoria/consultoria desenvolvidos pelos Centros Colaboradores e seus reflexos nos serviços prestados ao usuário do Sistema Único de Saúde, sob o ponto de vista operacional. Por ocasião do III Seminário do Programa, que teve o mesmo público alvo do II Seminário, ocorreu a avaliação do projeto por intermédio da discussão dos relatórios emitidos pelos consultores e supervisores e a apresentação dos resultados dos trabalhos desenvolvidos durante a primeira fase do Programa, nas áreas de Organização da Assistência Médica, Organização do Serviço de Apoio Técnico, Gestão Hospitalar e Apoio Administrativo.

Está prevista, para o período de 16 a 18 de dezembro de 2002, a realização do **IV Seminário do Programa**, que terá como objetivo geral o compromisso de construção de um processo de avaliação de resultados e seus impactos nos serviços objeto da consultoria, procedendo à avaliação final do Programa, sob o ponto de vista operacional e por intermédio da discussão dos trabalhos desenvolvidos com a participação dos técnicos consultores dos hospitais, supervisores e avaliadores. O público será composto por técnicos dos noventa hospitais participantes do Programa, do Ministério da Saúde e da OPS/OMS, dirigentes hospitalares, avaliadores, representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB, das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e Ensino - ABRAHUE.

¹⁰ O Ministério da Saúde lançou, em 24 de maio de 2000, um projeto piloto do Programa de Humanização dos Serviços de Saúde. A instituição deste Programa pelo Ministério deu-se pela Portaria GM/MS N° 881, de 19 de junho de 2001.

¹¹ O Seminário Nacional de Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar foi considerado um dos mais significativos eventos realizados na área hospitalar do Brasil e um marco norteador para as futuras ações nesta área assistencial, contribuindo para os avanços qualitativos do SUS e indicando novas perspectivas e rumos para o aperfeiçoamento profissional de mais de 2000 participantes, entre gestores de saúde, diretores de hospitais, técnicos e usuários.

4. AVALIAÇÃO DOS DOIS ANOS DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O desenvolvimento de uma avaliação implica freqüentemente em escolhas relativas a perspectivas ou postos de avaliação. Ou seja, deverá a avaliação ser conduzida por um especialista externo à instituição que está sendo analisada, ou será preferível desencadear um processo interno de auto-avaliação? Essas duas dimensões traduzem, por vezes, não somente divergências metodológicas e teórico-conceituais, mas também têm claras implicações políticas e gerenciais. A avaliação externa freqüentemente tem sido acompanhada pela explicitação prévia de critérios, padrões e indicadores, bem como pela utilização de desenhos controlados, experimentais ou observacionais com elevado grau de validade interna e externa (Cook et al., 1982)

A adoção dessa abordagem permitiria ao avaliador evitar diversos vieses possíveis além de propiciar a distância necessária à objetividade requerida por um julgamento isento (Scriven, 1997).

A avaliação a ser efetuada neste item desta Dissertação, requeridas e vindas entre enfoques extensivos, com análise de alguns fatores e aspectos selecionados para investigação mais aprofundada. O esforço de recuperar a totalidade e identificar as dimensões contextuais, é, sem dúvida, acompanhado de iniciativas relacionadas com a busca de características que identifiquem o Programa como uma diretriz, uma vez que se constitui num conjunto de indicações para se levar a termo uma ação, utilizando-se da aplicação dos meios disponíveis com vista à consecução de objetivos específicos.

Esta é, certamente, a forma como se apresenta o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, uma proposta nova no processo de realização de assessoria/consultoria e na difusão da qualidade de gestão e assistência hospitalar, que absorve e aproveita a existência no universo dos hospitais brasileiros de grandes centros médicos públicos ou privados, comparáveis aos mais avançados do mundo, identificadas como experiências bem-sucedidas, que apresentam bons resultados do ponto de vista assistencial e gerencial.

A excelência dessas Unidades, nesse aspecto, tem que ser reconhecida, juntamente com os avanços por elas alcançados, e as experiências tidas como de sucesso têm que ser exploradas por meio do incentivo de um processo mais sistematizado de troca de informações. Dessa forma, essas “ilhas de excelência”, em termos de gerência hospitalar, passam a ter a possibilidade de influenciar positivamente outros hospitais do País, visando à construção de uma rede pública que garanta prestação de serviços com qualidade e utilize seus recursos da melhor forma possível.

O Ministério da Saúde conceitua a assistência médico-hospitalar como aquela que tem por base a ação de um serviço médico (ambulatório, posto de assistência médica, clínica, serviço médico hospitalar) e/ou do hospital e assistência hospitalar geral, prestada pelos hospitais gerais e especializados, com exceção dos que se destinam exclusivamente ao tratamento de patologias específicas.

Por outro lado, podemos, também definir hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos, e de pesquisas de saúde. Além disso, cabe a essa Organização médica e social promover encaminhamento de pacientes, supervisionando e orientando os estabelecimentos de saúde a ela vinculados, tecnicamente, e estabelecer definição diversa de hospital geral, que seria aquele hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças várias especialidades médicas.

De acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar “a missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa”.

Para o mencionado Manual “a organização hospitalar é considerada um sistema complexo onde as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final”. Sendo que “o incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio”.

Esforços para alcançar a eficiência podem ser obtidos por meio de um clima organizacional que envolva, estimule, desafie e recompense o fator humano presente na instituição, incentivando a competência técnica e a capacidade de interagir. Um hospital existe para cuidar da saúde da comunidade, procedimen-

to que acontece dentro de um campo de relações onde nem tudo pode ser codificável e previsível, ou respondido com técnicas objetivas e passíveis de serem repetidas sempre da mesma forma.

No Brasil, o uso da metodologia da qualidade torna-se particularmente valioso, consideradas as características atuais apresentadas pela gestão de serviços de saúde, devido, inicialmente, à insuficiência e má utilização dos recursos e à escassa utilização de planejamento estratégico, além da inexistência de um sistema de informações confiável e à ausência de um sistema de gestão baseado na melhoria de processos e centrado em resultados.

A gestão dos serviços de saúde no País sofre, ainda, a carência de indicadores de desempenho e de qualidade, assim como de padrões de qualidade (desperdício, retrabalho com conseqüências por vezes irreparáveis, tratamentos inadequados, complexidade excessiva de processos).

Contribuem, também, para a necessidade do uso dessa metodologia de qualidade a insatisfação crescente dos profissionais da área com salários, condições de trabalho e possibilidade de desenvolvimento profissional, com desmotivação generalizada, que repercute no atendimento aos pacientes, e, principalmente, a inexistência de uma cultura voltada para a qualificação da sua estrutura organizacional e para a satisfação dos usuários.

O “diagnóstico” de que a qualificação na administração e gerenciamento dos hospitais públicos de todo o País é imprescindível para a recuperação da atual situação da assistência hospitalar no Brasil, parte de uma análise da grande maioria das instituições hospitalares no Brasil, que permite discorrer sobre o seu comportamento evolutivo nas últimas décadas.

Os avanços observados em relação às unidades prestadoras de serviços assistenciais de saúde, no Brasil, estão centrados numa forte incorporação de tecnologia, numa relativa qualificação dos recursos humanos que nelas trabalham e numa visível melhoria de suas arquiteturas, sem que, no entanto, tenha sido priorizado o compromisso com a busca do conhecimento tecnicamente organizado no sentido de identificar a clientela de um determinado hospital, de onde ela vem, seus principais agravos, para que, de posse destas informações, se possa planejar e organizar as instituições de modo a atender às expectativas dos usuários.

Para o alcance do objetivo de busca da qualidade em saúde, deve-se dispor de capacidades e de conhecimentos críticos que envolvem, entre outros, instrumentos gerenciais - normas, padrões de qualidade, acompanhamento de custos - bem como a capacitação técnica nas diferentes atividades do processo de produção do setor.

Posturas inovadoras, principalmente no que tange à área hospitalar, como é do caso do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, representam uma forma de buscar a satisfação dos usuários. Um grande número de queixas e demandas dos usuários pode ser resolvido, ou minimizado, quando o usuário se sente ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo.

Essa experiência, por estar sendo desenvolvida por meio de proposições, implementações parciais e permanentes avaliações dos passos dados, transforma-se em um programa em dinâmica construção e com evidentes indícios de sucesso, sendo sua proposta de trabalho, em grande parte, fruto desta visão inovadora, com algumas indefinições e incertezas, mas, formulada com o objetivo de efetivamente contribuir com a melhoria da assistência à saúde da população brasileira.

Torna-se, ainda, importante apresentarmos aqui algumas considerações que procurarão dimensionar o alcance de tal iniciativa, considerando o foco de qualificação da atenção ao cliente, que deve balizar toda a análise de pertinência na alocação dos recursos públicos.

Uma visão da importância assistencial do conjunto de hospitais formado pelos Centros Colaboradores e Hospitais Clientes envolvidos, do alcance e abrangência do Programa e do significado que sua implantação pode ter na melhoria das condições de gerência e assistência desses hospitais pode ser obtida por meio do estabelecimento de um exercício de avaliação que leve em conta o número de hospitais a serem beneficiados, a estimativa do número médio de leitos, a estimativa de internações/leito/ano, a estimativa da taxa média de ocupação, a estimativa do valor médio da internação paga no sistema público.

Com estas informações podemos verificar que população poderá beneficiar-se com eventuais melhorias na qualidade da assistência decorrentes da implantação do Programa, o volume de recursos envolvidos cuja gestão pretende-se racionalizar e otimizar.

Esse projeto está voltado para buscar a qualificação de gestão de 90 hospitais, distribuídos em 17 Estados brasileiros, dessa forma, se considerarmos, para fins de cálculo, os fatos de que os hospitais que se beneficiarão com o Programa terão, em média, 150 leitos, de que cada leito hospitalar é capaz de proporcionar, em média, cerca de 06 internações/mês o que é igual a 72 internações/ano (considerada uma taxa de ocupação média de cerca de 80%, este número cai para 57 internações/ano) e ainda que o valor médio da internação destes hospitais (todos com pelo menos um sistema de alta complexidade instalado) é de cerca de R\$ 850,00, falar em Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, significa tratar com os seguintes números:

- 25 milhões de pessoas/ano beneficiadas diretamente com serviços prestados pelos hospitais integrantes do Programa;
- 1.735.339 internações hospitalares por ano;
- faturamento, no conjunto, apenas na área de internação hospitalar, de R\$ 1.436.982.954,00, representando cerca de 28,0% do total médio dos recursos gastos por ano pelo Ministério da Saúde no financiamento de internações hospitalares no País.

Deprendemos, então, que o faturamento e o volume de recursos anuais com os quais dos hospitais que integrariam o Programa, considerando-se apenas a fonte financiamento público para a área hospitalar, é extremamente significativo, sendo que o Programa está envolvido com a melhoria gerencial e assistencial de aproximadamente 10,2% do volume de pessoas atendidas pelo sistema hospitalar do SUS (em internações hospitalares ocorridas por ano).

Mas, não devemos nos ater somente aos pacientes internados, pois se tivermos como aceitável que cada um destes hospitais atenda uma média de 200 pacientes por dia em seus ambulatórios, teremos entre os hospitais participantes do projeto um total de 204.000 pacientes/mês, perfazendo 2.448.000 beneficiários no ano. Não devemos esquecer ainda de todos os benefícios aos usuários dos serviços de diagnóstico que aqui não estão computados.

Devido ao fato de estarmos acompanhando esse Programa desde sua concepção, é possível a percepção do sentimento das instituições participantes nas diversas etapas de evolução do trabalho desenvolvido.

Torna-se viável, ainda, fazermos um paralelo entre suas expectativas e seus resultados nos dois anos de instituição, analisando os trabalhos desenvolvidos. Faremos isso distribuindo a abordagem, inicialmente, naquilo que poderíamos chamar de uma análise do nível operacional do Programa, a ser feita como base nos relatórios apresentados pelos técnicos envolvidos, inclusive no que se refere aos Seminários, onde são colocadas algumas dificuldades identificadas.

Após, trataremos da análise do que corresponderia a uma visão geral da estratégia que está sendo utilizada na aplicação dessa diretriz, que é o Programa, destacando os tópicos positivos e tentando identificar suas oportunidades de melhoria.

4.1. UMA VISÃO DO NÍVEL OPERACIONAL DO PROGRAMA

Por meio da análise de “Estudos de Caso” elaborados pelos consultores envolvidos, podemos constatar que o Plano de Trabalho estabelecido para a consultoria a ser implementada pelos Centros Colaboradores nos Hospitais Clientes, no geral, é cumprido, podendo gerar novas propostas para melhoria, mediante oportunidades identificadas. A assessoria do correspondente Centro Colaborador evidencia um significativo grau de contribuição, sendo que o impacto organizacional decorrente dessas intervenções te levado, a médio e longo prazo ao desenvolvimento institucional. A definição de um modelo conceitual padronizado e de um direcionamento das ações é fundamental na obtenção dos produtos esperados.

O grande desafio passa a ser a manutenção pelo corpo gerencial dos sistemas implantados transformando de fato o Programa numa política institucional. Outro desafio a ser considerado refere-se à viabilidade das ações propostas, as quais, muitas vezes, esbarram na necessidade de investimentos. Por este motivo, o envolvimento e a contrapartida das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, passam a ser fundamentais para a continuidade do Programa.

O empenho e entrosamento das equipes são considerados um fator decisivo para o sucesso do Programa, intercâmbio que permite não só a melhoria dos processos e desenvolvimento de habilidades gerenciais

dos técnicos dos Hospitais Clientes, como também valoriza e permite o crescimento profissional e pessoal dos técnicos do Centro Colaborador.

Com base nos Relatórios de Supervisão dos técnicos do Ministério da Saúde observamos que é ponto pacífico a necessidade de encontrar formas mais apropriadas de divulgar e disseminar as atividades desenvolvidas pelas parcerias e os resultados alcançados, além das dificuldades encontradas durante a implementação do Programa, com o objetivo de possibilitar a introdução de novos mecanismos que contribuam para elevar os níveis de eficiência, eficácia e efetividade das assessorias/consultorias.

A criação de mecanismos que promovam a integração e o intercâmbio entre instituições participantes do Programa tornou-se prioridade. Assim, deve ser criado um espaço de compartilhamento de experiências realizadas, difusão das tecnologias desenvolvidas, suporte ao desenvolvimento da capacidade de Educação Permanente e, finalmente, fortalecimento da imagem institucional dos hospitais participantes.

Proporcionar a qualidade e interação entre as parcerias, no decorrer do desenvolvimento de suas atividades de assessoria/consultoria, significa a melhoria da qualidade do funcionamento da organização como um todo. Melhoria do sistema de comunicação entre o conjunto de todos os hospitais participantes do programa, por meio da criação de um site próprio para troca de experiências e informações, é uma cogitação plausível. Daí, surge a importância da Rede Colaborativa implantada por meio da cooperação técnica com a OPS/OMS, sobre a qual esta Dissertação discorrerá na última parte que trata das novas perspectivas do Programa.

Alguns fatores, no entanto, merecem análise mais metódica e podem representar ameaças para o bom desenvolvimento das atividades previstas. Um desses pontos é a desatualização de rotinas técnicas, diagnósticas e terapêuticas em hospitais que sofram grande influência corporativista do seu respectivo quadro clínico. As dificuldades de consolidação dos dados estatísticos existentes e de articulação com as demais unidades de saúde, na lógica da rede de referência e contra-referência são um importante obstáculo a ser superado. Deve-se ter um conhecimento completo dos problemas vigentes, incluindo-se aqui desde as dimensões populacionais, área de abrangência, características e perfil, organização, tipologia, capacidade instalada, recursos humanos, materiais, além de dados econômico-financeiros. Os fatores políticos desproporcionais, também, são um agravante, assim como as dificuldades na escolha e no detalhamento de execução das atividades alvo das assessorias, tendo que ser considerados o tempo e os objetivos específicos de atuação. Finalmente, outro aspecto relevante é o tempo reduzido para o início das atividades previstas.

Torna-se necessária a compreensão de que o conhecimento obtido e todo o trabalho efetuado atuam apenas como embasamento para as ações futuras. Os dados coletados junto aos hospitais, que conferem objetividade e são parte da série histórica, devem ser implantados, proporcionando um padrão de coleta sistemática de informações, visando, inclusive, formar uma cultura voltada para essa finalidade.

4.2. UMA VISÃO GERAL DA DIRETRIZ ADOTADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Inicialmente, avaliando o desenvolvimento das ações, podemos constatar que apesar de neste Programa os hospitais estarem divididos em Colaboradores e Clientes, os benefícios da interação se distribuem de forma igualitária entre as instituições que levam e as que recebem o conhecimento, pois a responsabilidade de repassar seus modelos de prática, tem induzido aos Colaboradores a revisar e aperfeiçoar seus métodos.

O projeto tem propiciado a consolidação de novos pólos de qualificação e capacitação em gestão hospitalar com a transformação de hospitais clientes em colaboradores, como ocorreu com dois hospitais que participaram da fase inicial de implantação do Programa na condição de clientes e que na fase seguinte foram promovidos a Centros Colaboradores.

É importante ressaltarmos a preocupação do Ministério da Saúde, ao implantar o Programa de Centros Colaboradores, de contemplar, de forma diferenciada, e em maior número, como Clientes os hospitais localizados nas regiões Norte e Nordeste, como pode ser observado na listagem constante do item 3 desta Dissertação.

Essas regiões têm sido beneficiadas com fatias significativas de contribuição de ações adotadas pelo Ministério da Saúde, e, isso se justifica não só pela concentração populacional, mas, sobretudo pela existência de indicadores socioeconômicos e culturais que apontam para grandes necessidades de investimentos.

Na área hospitalar este quadro é semelhante – estão nestas regiões os hospitais que, por suas características, são os que mais necessitam de apoio para a implementação de melhorias na gestão e assistência. Reverter esse quadro é um desafio, e, para isso, é imprescindível a adoção de medidas visando ao crescimento de forma sustentada, garantindo o desenvolvimento econômico e social, por intermédio de ações direcionadas para a solução dos problemas concretos, com o foco direcionado para o cidadão e administração voltada para resultados.

Podemos aqui utilizar, ainda, como um parâmetro para proporcionar a visão que queremos alcançar neste item, por entendermos como significativa, uma descrição das principais constatações do conjunto das apresentações ocorridas nos Seminários sobre a realização dos quais tratamos no subitem 3.2 desta Dissertação, ocasiões em que foi possível constatar, de forma efetiva, o alto envolvimento dos participantes com as ações desenvolvidas e um significativo grau de satisfação com os resultados obtidos.

A diversidade dos temas abordados, determinada pelas diferentes necessidades apresentadas pelos hospitais, permitiu que nos encontros fossem discutidas metodologias de abordagem, identificação e solução de problemas em quase todas as áreas de gestão, de recursos humanos a lavanderia, passando por faturamento e nível de satisfação da clientela.

O processo de discussão conjunta dos problemas comuns dos hospitais é rico, posto que possibilita que a troca de experiências positivas se multiplique, potencializando a qualificação e adequação da assistência.

É claramente perceptível nas apresentações, a tendência a uma metodologia gerencial comum aos participantes, o entendimento de vinculação com um sistema, sendo que a criação de um ambiente comprometido com a qualificação da gerência, racionalização de custos e primordialmente, com a qualidade dos serviços ofertados aos usuários, foi algo que se manifestado concretamente nesses encontros.

As manifestações, tanto dos Clientes como dos Colaboradores em apresentar os pontos de aperfeiçoamento dos processos por eles escolhidos, consolidando seu avanço durante a evolução dos trabalhos, só reforça a necessidade de se assegurar a continuidade da proposta.

O Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar constitui-se em uma iniciativa de êxito no enfrentamento dos problemas gerenciais que afetam os dirigentes dos hospitais integrantes do SUS.

O fator chave para o êxito dessa iniciativa tem sido o intercâmbio de experiências e transferências de tecnologia entre as instituições participantes, na busca comum de atender satisfatoriamente às demandas e necessidades dos usuários, mediante serviços mais eficazes e articulados, tendo este Programa tem uma enorme capacidade de trazer respostas às necessidades de melhoria da qualidade da atenção prestada na rede de assistência médico hospitalar, assim como às expectativas de seus gestores.

A construção de uma ampla e consistente rede nacional de parcerias e trabalho solidário entre os hospitais integrantes, decorrente das atividades do Programa, tem promovido ações que estão, decididamente, voltadas para a qualificação da estrutura organizacional, garantindo um novo perfil cultural para os hospitais participantes.

Os trabalhos desenvolvidos durante estes dois anos evidenciaram um significativo grau de contribuição do projeto, para reverter parte das dificuldades organizacionais, comuns aos hospitais brasileiros. Foram anos difíceis, não só por ser uma experiência pioneira, mas também, por desacomodar uma série de problemas que estavam historicamente arraigados nas estruturas dos hospitais. Demandou muito trabalho e reflexões, exigindo de todos um esforço especial para apontar as melhores alternativas de enfrentamento, para cada caso.

A garantia de continuidade deste projeto assegura, pela primeira vez, o fortalecimento de uma política de qualificação de gestão dos hospitais do SUS, com princípios comuns, mas com respeito às peculiaridades regionais, distanciando o Ministério da Saúde da prática já esgotada de somente estar envolvido na discussão do custo dos procedimentos e de ter uma ação de auditoria policaliesca.

Consideramos, no entanto, imprescindível a reflexão sistemática sobre a efetividade destas ações desenvolvidas por atores de diferentes localidades do território nacional. É necessário que seja medido o impacto da eficácia e efetividade desse Programa, avaliando a troca das experiências positivas e negativas, com vistas aos ganhos efetivos no conjunto da assistência, para a população brasileira, inclusive, com a introdução de indicadores por área, que permitam a quantificação das melhorias alcançadas.

5. NOVAS PERSPECTIVAS DO PROGRAMA CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O Ministério da Saúde, com a implantação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no Brasil, tem difundido adequadas experiências de gestão e assistência hospitalar para os hospitais beneficiados.

Consideradas suas características de concepção e implementação, este Programa suscita a construção solidária e participativa de uma política de gestão para os hospitais brasileiros, respeitando as peculiaridades regionais e locais, permitindo aos participantes conhecer novas abordagens e praticar soluções compartilhadas.

Com o objetivo de ampliar as áreas de aperfeiçoamento dos processos de gestão dos hospitais e estimulados pelo bom andamento do Programa Centros Colaboradores no Brasil, percebeu-se a necessidade de romper as fronteiras e buscar experiências em outros países que estão desenvolvendo modernas técnicas de gestão.

Identificadas essas necessidades mais imediatas, foram iniciados os processos de busca das alternativas para saná-las. Dessa forma, estão em fase de desenvolvimento, no âmbito do Programa, a **implantação da Rede Colaborativa para Desenvolvimento de Tecnologia e Educação Permanente em Gestão e Assistência Hospitalar** e a **Cooperação Bilateral Brasil-França**, sobre as quais este item da Dissertação passará a tratar apenas como uma forma de possibilitar ao leitor uma visão da amplitude do Programa e de como sua implementação é dinâmica e pode vir a apresentar necessidades que são inerentes ao processo, mas, ainda desconhecidas em virtude do pioneirismo da qual a iniciativa se reveste.

A implantação da Rede Colaborativa surgiu do fato que a cooperação técnica em desenvolvimento de recursos humanos da Representação da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS no Brasil tem como um de seus propósitos a elaboração e disseminação de metodologias educacionais e de gestão do trabalho nos serviços de saúde.

Diversos fatores limitam a capacidade de desenvolvimento e aplicação de novas metodologias. Alguns deles relacionam-se às dificuldades de comunicação entre os agentes de criação e reprodução dessas tecnologias, como, por exemplo, o custo de oportunidades de interação, a dificuldade de intercâmbio de documentos e mensagens de forma rápida e eficiente e a reprodução de materiais didáticos.

Diante dessa situação, estão sendo intensificadas três linhas de atuação, de forma articulada e confluyente: a descentralização, a atuação em rede com instituições nacionais e a utilização da Internet.

A descentralização e a constituição de redes de instituições, nucleadas em torno de áreas temáticas ou de projetos em escala nacional ou regional, tem sido uma característica da cooperação técnica no País. Diversos projetos de cooperação foram e continuam sendo realizados mediante articulação em rede de instituições, organizadas em função de planos de trabalho a serem executados.

A utilização da Internet é uma novidade para o processo de cooperação, representando uma diretriz importante da atual gestão da Representação. Nesse sentido, estão implantados e funcionando regularmente um *site* da Representação da OPAS no Brasil (que funciona como site matriz) e um *site* para cada área de cooperação. O *site* OPAS/RH foi lançado em abril de 2001 e tem como um de seus propósitos ampliar o acesso às metodologias desenvolvidas com cooperação da OPAS na área de recursos humanos, interligando as instituições que compartilham a elaboração de novas propostas e fomentando a comunicação entre os atores presentes nas diferentes fases desses processos.

O desenvolvimento dessa estratégia de cooperação passa pela constituição de Redes Colaborativas, que estão sendo implantadas mediante parcerias da OPAS com várias instituições. Até meados de 2002, já constava um elenco de oito Redes Colaborativas no *site* OPAS/RH, que se encontram em diferentes estágios de funcionamento.

Levando em conta a possibilidade de articulação entre as iniciativas acima apresentadas, foram realizados entendimentos preliminares entre a Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, e o Projeto OPAS/BRA-06(DRH), tendo em vista a constituição da Rede Colaborativa para Desenvolvimento de Tecnologia e Educação Permanente em Gestão e Assistência Hospitalar.

A finalidade dessa medida é potencializar a atuação e os resultados do Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, comprometendo o programa de cooperação da OPAS no País com essa importante área temática.

Em outubro de 2002, ocorreu em Brasília na sede da OPAS uma oficina de trabalho com o propósito discutir com esses Centros Colaboradores a organização dessa Rede Colaborativa e elaborar um plano de trabalho a ser desencadeado pelos parceiros que aderirem à proposta.

A partir de 2003, os Hospitais Centros Colaboradores estarão disponibilizando via Internet, suas experiências exitosas para um número muito maior de Hospitais Clientes.

Em 2001, a Cooperação Bilateral Brasil França, firmada há, aproximadamente, dez anos, encerrou uma de suas etapas constituída pelo programa de *Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde*. Como parte do encerramento desta etapa, no mês de abril de 2001, uma missão brasileira visitou cinco instituições hospitalares francesas e dois organismos de gestão ligados ao Ministério da Saúde da França, com o objetivo de estabelecer as bases para um novo termo de Cooperação entre os dois países, dentro da mesma ótica de qualificação dos serviços de saúde. Foi consenso, na ocasião dessa visita, que a filosofia de ação proposta, para a fase internacional de um novo programa, seria a mesma utilizada pelos Centros Colaboradores, ou seja, a de intercambiar experiências exitosas e modelos de gestão entre Hospitais Franceses e Brasileiros.

Uma das áreas mais conflagradas no modelo assistencial brasileiro diz respeito à Urgência e Atendimento Pré-Hospitalar. Nestas áreas não há uma sistemática que regule o acesso ou a contra-referência. Faz-se necessária a concepção de um modelo que procure minimizar estes conflitos, reestruturando os moldes existentes. A experiência francesa, de mais de 30 anos na área de Urgência e de Atendimento Pré-Hospitalar, poderá contribuir de forma marcante na organização e gestão dessas áreas da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em virtude da complexidade da Cooperação e do aspecto de pioneirismo do qual ela está imbuída, sua implantação será gradual, apesar da experiência de dois anos do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no Brasil.

Primeiro Foco da Cooperação - Centrar a Cooperação na transferência de conhecimento/tecnologia de gestão da França para Hospitais participantes de Programas do Ministério da Saúde. Na primeira fase, outubro de 2002/dezembro de 2003, serão beneficiados cerca de 08 (oito) Hospitais, com o desenvolvimento de um trabalho piloto junto às Secretarias de Saúde (Estaduais e Municipais). Esta atividade, em princípio, será centrada no desenvolvimento de estratégias de implantação/gestão da urgência e do atendimento pré-hospitalar.

Na segunda fase, a partir de janeiro de 2004, esse foco de cooperação se ampliará para mais 10 hospitais participantes de Programas do Ministério da Saúde, que serão selecionados durante a experiência desenvolvida junto aos hospitais participantes da primeira fase. E, por fim, na terceira fase, abril/maio de 2005/outubro de 2006, serão beneficiadas mais 09 unidades hospitalares, refazendo todo o ciclo de ações previstas para o desenvolvimento do programa.

Segundo foco da Cooperação - Avaliação de Custos Hospitalares¹². Atividade restrita à assessoria da França ao Ministério da Saúde do Brasil, ao proporcionar intercâmbio entre técnicos especialistas franceses com técnicos da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS.

Os resultados esperados com o Projeto de Cooperação Técnica Internacional, considerando que a França trabalha com uma lógica orçamentária por unidade de saúde, é a de que se possam identificar instrumentos, técnicas, etapas de planejamento e os passos necessários para implantar tetos orçamentários por Unidade de Saúde de forma segura e eficaz, ou seja, encontrar os caminhos para migrar do atual sistema de teto orçamentário para o teto orçamentário por Unidade de Saúde.

O objetivo macro do projeto está focado na melhoria sistemática da qualidade da assistência prestada à população brasileira. Reverter o quadro desfavorável que os hospitais brasileiros enfrentam em seus processos gerenciais é um desafio que se impõe.

Os objetivos específicos a serem alcançados estarão focados em duas áreas – Urgência e Atendimento Pré-Hospitalar e Custos Hospitalares. A primeira terá como objetivo imediato a reorganização dos fluxos

¹² O Ministério da Saúde, através do RFP N° 003/99 Projeto REFORSUS e CNPq – “Apuração dos Custos e Procedimentos Hospitalares: Alta e Média Complexidade” contratou empresa especializada na área de consultoria e apropriação de custos, que está apurando o custo de 100 procedimentos hospitalares de maior frequência e 10 procedimentos terapêuticos e de diagnóstico, em 30 hospitais localizados em várias regiões do Brasil.

de atendimento de urgência e implantação de um modelo de atendimento pré-hospitalar, nas 8 (oito) primeiras entidades hospitalares participantes do programa da primeira fase, e em 19 (dezenove) outras, participantes na segunda e terceira fases. A segunda área, Custos Hospitalares, será desenvolvida junto à equipe técnica do Ministério da Saúde do Brasil, e terá como objetivo imediato o conhecimento da metodologia utilizada pela França, em seu sistema de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde tem promovido uma intensa política de incentivo ao desenvolvimento da assistência à saúde da população e, em especial, ao incremento da qualidade da gestão e da assistência hospitalar.

Cumprindo seu papel institucional de traçar as linhas estratégicas do Sistema Único de Saúde, o MS tem coordenado ações de âmbito nacional com a finalidade de fomentar as políticas de saúde, incentivando a melhoria contínua da assistência.

O resultado disso tem sido a adoção de diversas ações e medidas guiadas para a qualificação e modernização gerencial dos hospitais brasileiros, como é o caso do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Gestão Hospitalar.

Esta iniciativa tem propiciado aos hospitais, com sistemas administrativos reconhecidos como de sucesso, que revisem e qualifiquem ainda mais seus métodos e ao mesmo tempo, aperfeiçoem os modelos gerenciais de importantes unidades hospitalares do País.

A concepção e a implantação de novas práticas e iniciativas gerenciais, como a apresentada nesta Dissertação, têm trazido algumas mudanças nas relações entre os hospitais participantes, que possibilitarão, num futuro próximo, uma efetiva recuperação da imagem dos hospitais públicos junto à comunidade, resgatando valores organizacionais básicos de bem servir e valorizar a vida humana.

Por meio do presente estudo foi possível concluir que, com a implantação do Programa, é cada vez maior a interação entre as diversas instituições hospitalares do Sistema Único de Saúde. Fato que vem ratificar a tendência mundial da globalização que leva às parcerias e ao crescimento conjunto. O isolamento de uma instituição pode levar, precocemente, à estagnação. A filosofia do Programa permite que ações exitosas do cotidiano dos hospitais sejam incorporadas por outros de igual complexidade, a baixo custo e com tempo otimizado.

Podemos depreender que houve avanços significativos neste processo. É possível a identificação de hospitais que estão interagindo com outros de várias localidades e de uma mesma microrregião, além de seus parceiros do Programa, o que é bastante salutar.

Além disso, o Programa trouxe mais motivação às pessoas, humanizando seus ambientes e valorizando o senso artístico e o poder criativo dos profissionais de saúde, que vêm dando verdadeiras lições de soluções práticas, baseadas nas suas experiências do dia-a-dia.

É imprescindível, no entanto, a constante avaliação do intercâmbio de experiências e das ações nele aplicadas. Os Seminários de Avaliação do Programa têm sido realizados nesse sentido e representam um fórum extremamente rico em possibilidades de trocas de experiências práticas sobre o complexo processo de gestão hospitalar.

Mais importante que a melhoria gerencial dos recursos, em si, é o que se pode obter em decorrência dela em benefício dos usuários. Com o incremento dos processos gerenciais, a diminuição dos desperdícios causados pela má gestão, o melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, cria-se a possibilidade de redirecionar os recursos de forma a ampliar a oferta de serviços bem como sua qualidade.

O Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar além de tratar das questões gerenciais, da racionalização da utilização dos recursos disponíveis, da ampliação da oferta de serviços, pretende trabalhar, de forma intensa, a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento aos usuários do sistema. Este é o seu enfoque principal.

A utilização competente e eficaz das técnicas utilizadas no atendimento à saúde deve estar associada a uma forma de atendimento que considere e respeite a singularidade das necessidades do cliente e do profissional. Este processo utiliza metodologia que atua na relação paciente profissional, permitindo que

os atores sejam sujeitos de suas ações embasando-se em princípios de autonomia, justiça e equidade. Não se limita apenas a tratar bem, educadamente. É ver o indivíduo como ser humano e não objeto de uma prática identificando-o como sujeito participante do processo e que constrói permanentemente o sistema e a própria saúde.

A busca da melhoria continuada dos serviços conduz a uma evolução da eficiência, melhoria da relação custo/benefício, respeito e valorização do cliente, humanização do atendimento, condições básicas para atender as crescentes exigências e necessidades dos usuários.

A humanização do serviço em saúde implica necessariamente o fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais como respeito, coerência, e responsabilidade social. Deverá considerar a participação ativa e responsável do maior número de pessoas (profissionais e usuários) envolvidas direta ou indiretamente, de forma que sejam respeitados, ouvidos e valorizados.

O aprimoramento da qualidade da gestão e assistência hospitalar é um desafio para os gestores dos serviços de saúde. Espera-se que programas que resultem na melhoria de processos gerenciais, e, conseqüente, elevação da qualidade da assistência para seus usuários, beneficiem um número cada vez mais significativo de hospitais.

O grande número de instituições hospitalares existentes no Brasil, para prestação de atendimento ao sistema público, exige que medidas e ações sejam tomadas de forma a racionalizar com eficácia, eficiência e efetividade os recursos humanos, físicos e financeiros destinados, tradicionalmente, para o setor saúde.

Por sua abrangência, pertinência e pela qualidade até aqui alcançada a continuidade do desenvolvimento do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar se faz totalmente necessária, para que fique assegurada a escalada de melhoria da gestão dos hospitais do SUS, contribuindo para o aperfeiçoamento, qualificação e padronização dos serviços hospitalares públicos do País, com amplas e benéficas repercussões.

7. ANEXOS

ANEXO I - ITENS ESPECÍFICOS A SEREM VERIFICADOS EM CADA ÁREA

ATRIBUIÇÃO 1 – REALIZAÇÃO DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

Itens

- Estimular a melhoria das condições de saúde da população assistida, buscando a incorporação de noções de autocuidado.
- Possibilitar o surgimento e consolidação de vínculos entre profissionais e usuários do sistema.
- Aumentar o envolvimento da população com o processo de produção de serviços públicos.
- Estimular a análise contínua da morbidade.

7.1 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE DA COMUNIDADE

Abrangência dos programas assistenciais (educação em saúde, humanização, procedimentos de diagnose e terapêuticos)

Planejamento de atenção primária

Itens

- Atividades educativas.
- Planejamento local com emprego de Sistema de Informações Sócio-Econômicas e Epidemiológicas Georeferenciadas.
- Pesquisas operacionais voltadas para problemas locais de saúde (diagnósticos comunitários).
- Referência de capacitação para Programa Saúde da Família.

- Desospitalização.
- Sistema de atendimento domiciliar.
- Sistema de imunizações.
- Programa DST/AIDS/HEPATITE.
- Programa de Odontologia Preventiva.
- Programa Saúde da Mulher.
- Programa da Gestante.
- Implantação e avaliação das ações de pré-natal, puericultura.
- Programa de Cardiopatia na Gravidez.
- Promoção do Aleitamento Materno.
- Vigilância à Saúde da Criança.
- Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância.
- Programa de Atenção à Saúde do Idoso.
- Programa de Renais Crônicos.
- Acompanhamento Fisioterápico.
- Acompanhamento do Serviço Social.
- Acompanhamento Nutricional.
- Fitoterapia.

INDICADORES

- N° de consultas referenciadas pela rede básica/ total de consultas prestadas em um determinado período de tempo.
- N° de consultas contra-referenciadas de uma área de abrangência/ total de consultas referenciadas em um determinado período.
- N° de exames complementares referenciados pela rede básica/ total de exames realizados no período.
- N° de internações referenciadas de uma área de abrangência/ total de internações realizadas em um determinado período.

ATRIBUIÇÃO – 2 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Conjunto de serviços cujas características qualitativas e quantitativas, expressam a integralidade e potencialidade da organização. Por esta razão, considera-se essencial identificar os pontos suscetíveis para uma melhor análise e proposta de intervenção.

Unidade de Internação

Prestar atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas.

Itens

- Estimular para que a prestação do atendimento alie à competência técnica o respeito ao paciente, transmitindo segurança aos familiares.

INDICADORES

- Média de permanência

- Taxa de ocupação
- Intervalo de substituição
- Índice de renovação

Corpo Clínico

Equipe médica responsável pela internação e assistência ao paciente durante 24 horas, buscando desenvolver e implantar modelo assistencial baseado no enfoque multidisciplinar, contando com protocolos clínicos e métodos de avaliação.

Itens:

- Definição do(s) responsável(eis) pela assistência médica, dentro de um planejamento com enfoque multidisciplinar.
- Regimento do corpo clínico escrito e de conhecimento e cumprimento pela equipe, revisando e atualizando sempre que necessário.
- Conhecimento pelo paciente do diagnóstico, procedimentos realizados e a serem realizados, e o nome do médico que lhe assiste.
- Existência de critérios de auditoria médica.
- Prontuário do paciente manipulado de forma ética e acessível (legível, datado, com prescrição, evolução, assinaturas, carimbos, etc.).
- Indicadores Epidemiológicos no planejamento assistencial.
- Reuniões clínicas para discussão de casos selecionados.
- Práticas de avaliação de protocolos clínicos e utilização dos resultados.
- Existência de instrumentos que avaliem a qualidade da assistência prestada pelo corpo clínico.
- Conhecimento por parte do responsável pelo Corpo Clínico do quadro de profissionais médicos (contratados, credenciados, cedidos, outros).
- Existência de escala de médicos de plantão ativo ou alcançáveis.
- Sistema de informação quanto a modificações na escala de plantões.
- Organização que garanta a continuidade da assistência ao paciente nas 24 horas, estabelecendo procedimentos de visita diária pela equipe médica multidisciplinar, escalas de plantão e mecanismos de passagem de plantão.
- Efetivo funcionamento da comissão de ética médica.
- Sistema de solicitação de exames de maior complexidade.
- Discussão do meio diagnóstico adequado.

INDICADORES

- Protocolos clínicos / serviços
- Reuniões clínicas mensais

Ambulatório

Prestação de atendimento eficaz e eficiente a pacientes externos de forma programada e continuada.

Itens:

- Estrutura física adequada ao atendimento ambulatorial proposto.
- Sistema de agendamento com conhecimento pela população.

- Recursos Humanos e Materiais adequados ao modelo de assistência.
- Existência de capacidade técnica para o preenchimento, organização e arquivamento da documentação.
- Ações preventivas e atividades de educação em saúde.
- Indicadores de qualidade e produtividade.
- Número de consultórios e horários de atendimento adequados.
- Estrutura, materiais e equipamentos adequados.
- Serviço de enfermagem exclusivo para o setor/unidade.
- Secretária exclusiva para o setor/unidade.
- Programas multidisciplinares para doenças crônicas e grupos especiais com área física adequada.
- Sala de cirurgia ambulatorial com acesso restrito aos funcionários do hospital.
- Condições de atendimento às intercorrências.

INDICADORES

- Tempo médio de atendimento (procura – marcação – consulta).
- Índice de absenteísmo.

Atendimento de Emergência

Prestação de atendimento imediato a pacientes externos em situação de sofrimento, durante 24 horas que assegure o pronto restabelecimento do paciente adequando as ações às necessidades deste.

Itens:

- Estrutura de uso exclusivo e adequado ao tipo de atendimento emergencial proposto.
- Emergência de fácil acesso e de conhecimento público.
- Acesso a áreas como centro cirúrgico, diagnóstico e terapia permitido durante 24 horas.
- Espaço diferenciado para consultas, procedimentos e área para observação que preserve a privacidade do paciente.
 - Equipamentos, materiais e medicamentos necessários para reanimação e manutenção cárdio-respiratória.
 - Ações assistenciais dos paciente registradas em documento específico contendo: história clínica, evolução médica, anotações de enfermagem, prescrição e indicação do encaminhamento ou destino.
- Informações e assistência ao acompanhante da situação do paciente garantida na forma descrita nos requisitos básicos.
- Manual de normas, rotinas e procedimentos que definam os processos de funcionamento atendendo os requisitos básicos.
- Avaliação da assistência prestada feita de forma sistemática, apoiada em indicadores e parâmetros médicos hospitalares.
 - Protocolos clínicos de pelo menos 3 das situações seguintes: insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, abdome agudo, quadro neurológico agudo, politrauma.
- Levantamentos relativos à eficácia dos protocolos clínicos realizados pela equipe de emergência.
- Assistência psicológica aos usuários do serviço.
- Assistência social feita por profissional técnico habilitado.
- Escala de plantão e equipe de enfermagem 24 horas
- Escala dos profissionais por especialidades para cada dia da semana

- Local de descanso para plantonistas.
- Quadro de especialistas de acordo com a clientela e demanda da instituição, respeitando a regulamentação específica.

INDICADORES

- Protocolos clínicos
- Tempo médio de espera
- Tempo médio de permanência

Centro Cirúrgico

Unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.

Itens:

- Escalas cirúrgicas divulgadas nos setores necessários.
- Controle de insumos (prazo de validade e condições de estocagem).
- Farmácia satélite funcionando 24 horas.
- Controle de cirurgias suspensas, com justificativas feitas pelo cirurgião ou anestesista em formulário ou livro próprio.
- Manutenção preventiva de equipamentos .
- Preenchimento das fichas anestésicas e a descrição de ato cirúrgico no prontuário de forma legível, datados, assinados e carimbados pelos responsáveis.
- Ações pré-operatórias que possibilitem adequada informação ao paciente
- Recuperação e acompanhamento pós-anestésico estruturados de forma adequada possibilitando a segurança e a qualidade.
- Controle de utilização de materiais especiais (órteses/ próteses, etc.), medicamentos e material médico hospitalar para anestesia.

INDICADORES

- N° de cirurgias suspensas
- Taxa de ocupação das salas
- Taxa de mortalidade trans-operatória
- Taxa de mortalidade pós-anestesia
- Taxa de mortalidade pós-operatória

Centro Obstétrico

Unidade destinada à higienização, trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados aos recém nascidos com ênfase nos aspectos humanos durante a prestação da assistência.

Itens:

- Equipe e setores diferenciados para pré-parto, parto e pós-parto.
- Plantão 24 horas para obstetra, anesthesiologista e neonatologista na sala de parto.
- Equipe de enfermagem exclusiva do serviço, sob a supervisão de enfermeiro responsável.

- Participação de serviço regionalizado de atendimento pré e perinatal.
- Acolhimento da gestante com encaminhamento, quando necessário, ao nível requerido, principalmente gestantes de risco.
- Humanização do parto e nascimento.
- Programa de Atenção à Gestante de Alto Risco.
- Condições para reanimação do neonato.
- Escalas de Profissionais do setor/unidade.
- Acesso à sala de cirurgia.
- Sistema de identificação do recém nascido.
- Sistema de registros de procedimentos.
- Incubadora para transporte de recém nascidos .
- Inter-relação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.
- Integração da maternidade com serviços pré-natal de sua referência
- Apoio e estímulo ao aleitamento materno

INDICADORES

- Taxa de ocupação das salas
- Taxa de cesária
- Taxa de mortalidade materna

Neonatologia

Ambiente destinado à atenção aos recém nascidos normais, patológicos e de alto risco, assim como unidades de terapia intensiva neonatal.

Itens:

- Acompanhamento pelos pais do recém nascido em todas as fases do processo de atenção ao bebê.
- Responsável técnico habilitado para a condução do serviço.
- Resolução de agravos do recém nascido de médio risco.
- Instalações físicas adequadas ao atendimento dos recém nascidos, inclusive de alto risco.
- Unidades de Laboratório, Hemoterapia e Radiologia disponível 24 horas.
- Sistema referência e contra-referência para casos de alto risco.
- Indicadores de avaliação do serviço de neonatologia

INDICADORES

- Taxa de mortalidade neonatal (até 48 horas)

Terapia Intensiva

Conjunto de ações destinadas ao atendimento de pacientes com risco iminente e com possibilidade de recuperação, que requeiram serviços de assistência médica e de enfermagem por 24 horas.

Itens:

- Protocolo para admissão de pacientes.

- Humanização da assistência.
- Padronização dos procedimentos de acordo com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.
- Estrutura da equipe de enfermagem.
- Estrutura da equipe médica.
- Fisioterapia diária.
- Medicamentos específicos disponíveis no setor/unidade.
- Sistema de informações consistente.
- Recursos do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, disponível 24 horas.
- Sistema de referência e contra-referência para casos de alto risco.

INDICADORES

- Taxa de mortalidade geral do setor
- Índice de renovação

ATRIBUIÇÃO 3 – DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Análises Clínicas

Itens:

- Controle de qualidade nos exames realizados.
- Especificações padronizadas de qualidade para compra de reagentes e demais insumos.
- Qualificação da equipe técnica e da equipe de apoio
- Sistema de controle no processo de coleta/transporte/desdobramento de amostras/análise/liberação dos resultados
- Grau de informatização do setor
- Biossegurança e lixo biológico

INDICADOR

- Número de horas de treinamento/funcionário/ano

Diagnóstico por Imagem

Serviço que desenvolve suas ações utilizando recurso de imagem para fins de diagnóstico de patologias.

Itens:

- Estrutura que preserve a privacidade do paciente.
- Exigências da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN e/ou Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
- Profissionais técnicos e responsável técnico habilitados.
- Equipamentos compatíveis com a complexidade do hospital
- Rotina de orientação aos clientes para a realização de exames específicos
- Normas de segurança para a realização de exames
- Emissão de laudos preferencialmente informatizados por médicos especialistas em tempo hábil

INDICADOR

- Tempo de agendamento de exames (Procura – marcação – realização – liberação)

Métodos Gráficos

Serviço que desenvolve suas ações utilizando registros gráficos.

Itens

- Habilitação dos profissionais.
- Disponibilidade dos especialistas.
- Emissão de laudos médicos por especialista em tempo hábil
- Grau de informatização do setor

INDICADOR

- Tempo de agendamento de exames (Procura – marcação – realização – liberação)

Anatomia Patológica

Serviço para confirmação de diagnóstico pré e pós-cirúrgicos e ambulatoriais de peças de diagnósticos de biopsia e/ou necrópsia, por meio de exames histológicos.

Itens

- Infra-estrutura adequada ao perfil assistencial que permita a realização de exames que possam ser solicitados, inclusive, durante o ato operatório.
- Profissionais habilitados
- Responsabilidades definidas e claras desde a coleta do material até a emissão do laudo
- Processos para acompanhamento de peças cirúrgicas.
- Arquivo de lâminas
- Biossegurança e lixo biológico
- Sistema de controle no processo de coleta/transporte/desdobramento de amostras/análise/liberação dos resultados.
- Grau de informatização do setor

INDICADOR

- Tempo de liberação de laudos

Hemoterapia

Serviço responsável pelas práticas relacionadas a transfusão de sangue e hemo-componentes, com responsabilidade técnico administrativa.

Itens

- Localização em área exclusiva conforme normas técnicas vigentes.
- Responsabilização pelo sangue transfundido.
- Serviço habilitado legalmente com certificado em local visível.
- Habilitação do médico responsável pelo serviço segundo normas técnicas

- Condições e meios para realizar provas pré-transfusionais imuno-hematológicas obrigatórias.
- Sistema de informação que permita rastreabilidade das unidades transfundidas
- Condições adequadas de manuseio, estocagem, transporte do sangue e seus hemo-componentes
- Registro e controle de reações adversas à transfusão de sangue.
- Manual operacional para a realização de transfusões e fracionamento do sangue
- Normas de supervisão técnica das fases do processo, manutenção preventiva dos equipamentos.
- Equipe habilitada para as atividades.
- Grau de informatização do setor.

INDICADOR

- Suspensão de procedimentos por ausência de suporte hemoterápico

Medicina Nuclear

Serviço que desenvolve suas ações assistenciais utilizando recursos tecnológicos baseados em radioisótopos e radiações nucleares.

Itens

- Área exclusiva e segura para preparo e manuseio das substâncias radioativas
- Autorização de funcionamento fornecido por autoridade competente e, em local visível.
- Normas de supervisão técnica das fases do processo.
- Manutenção preventiva dos equipamentos.
- Observa Normas Técnicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
- Responsável médico habilitado em medicina nuclear.
- Profissionais habilitados.
- Promoção de cursos de capacitação e atualização técnica e tecnológica.
- Grau de informatização do setor.

INDICADOR

- Tempo de agendamento de exames (Procura – marcação – realização – liberação)

Radioterapia

Unidade destinada ao emprego de raios-X e radiações ionizantes com fins terapêuticos.

Itens

- Autorização para funcionamento fornecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e pela Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN.
- Médico especialista responsável pelo setor/unidade
- Equipe multidisciplinar com habilitação adequada e autorização para uso de radioisótopos.
- Controle de qualidade nos exames realizados, programa de educação continuada.
- Físico especializado em radioterapia, com titulação expedida por órgão competente.
- Normas de supervisão técnica das fases do processo.

- Manutenção preventiva dos equipamentos.
- Sistema de comunicação advertindo sobre o risco de radiação.
- Controle da qualidade que permita calcular exatamente a dose absorvida, por intermédio da distância do equipamento, posição do paciente, coincidência do campo de tratamento com o campo luminoso e dosimetria, diminuindo o risco de irradiação de tecidos sãos.
- Grau de informatização do setor
- Biossegurança, lixo biológico e/ou radioativo

INDICADOR

- Suspensão do tratamento por problemas técnicos neste serviço.

ATRIBUIÇÃO 4 – APOIO TÉCNICO

Farmácia

Itens

Padronização atualizada de medicamentos aliadas aos desenvolvimentos de protocolos clínicos e cirúrgicos.

- Frequência de revisões, mecanismos de inclusão e exclusão de medicamentos.
- Metodologia para compra de medicamentos não padronizados
- Adequação da padronização à resolutividade do Hospital .
- Condições de armazenamento dos medicamentos, nutrição parenteral, quimioterápicos e germicidas inclusive controlados e especiais.
- Sistema de controle de estoque.
- Política de compras e recebimento.
- Farmacêutico pertencente a: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH; Comissão de Padronização de Medicamentos, ou similar.
- Inter-relação da Farmácia e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH na dispensação de antibióticos, produtos de lavanderia e higienização.
- Condições de manipulação e diluição.
- Existência, ou esforço sistemático de implantação de prescrição carbonada ou “on line”, doses individualizadas, unitárias ou fracionadas.
- Integração dos farmacêuticos com as clínicas, orientando e/ou avaliando a prescrição médica.
- Existência ou esforço sistemático da comissão de farmaco-vigilância.

INDICADORES

- Percentual de Redução de custos
- Taxa de devolução por erro de dispensação
- Taxa de perdas (quebra, armazenamento, validade vencida...)
- Percentual de utilização de não Padronizados

Serviço de Nutrição e Dietética

Refere-se a oferta de alimentos nutricionalmente balanceados e dietas adequadas às necessidades específicas do paciente, bem como a educação nutricional.

Itens

Condições físicas e higiênico-sanitárias da área destinada ao serviço.

- Equipamentos: condições e manutenção.
- Armazenamento dos alimentos.
- Normas de higiene para os trabalhadores do serviço.
- Definição de responsabilidades conforme assistência a que se propõe o serviço.
- Responsabilidade pela especificação, compra, recebimento, armazenamento e controle do estoque de provisões
 - Condições do lactário e da área de manipulação de dieta enteral: responsabilidade técnica, higiene, autoclave, controle bacteriológico.
 - Refeitórios: existência, adequação, utilização e higiene.
 - Metodologia de apuração dos custos, análise crítica e implementação dos resultados no processo
 - Supervisão contínua/sistematizada da implantação do processo e dos resultados
 - Interação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho.
 - Na definição de dietas.
 - Monitoração dos pontos críticos no processo de preparo.
 - Membro permanente na comissão de suporte nutricional.

INDICADORES

- Taxa de adesão do paciente ambulatorial ao Serviço de Nutrição e Dietética - SND (Nº de pessoas atendidas pela SND/Nº pessoas e ambulatórios)
 - Percentual de desperdício
 - Nº de refeições solicitadas X Nº de pacientes internados

Enfermagem

Serviço que compreende: previsão, organização e administração de recursos para atendimento de cuidados aos pacientes, de modelo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.

Itens

- Habilitação do pessoal nas diferentes categorias profissionais.
- Escala de pessoal.
- Registro no Prontuário do Paciente referente aos procedimentos de enfermagem.
- Supervisão contínua/sistematizada.
- Integração entre os turnos (passagem de plantão).
- Participação do enfermeiro responsável no planejamento de recursos humanos.
- Registro da assistência de enfermagem no prontuário e controle permanente.
- Implantação dos processos e análise dos resultados.
- Metodologia assistencial de enfermagem.

INDICADORES

- Taxa de não conformidades (escaras, flebites, infecção em cateteres....)
- Taxa de registros em conformidade com padrões mínimos
- % de absenteísmo

SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico)

Itens

- Local exclusivo para guarda, arquivamento e manutenção do prontuário clínico do paciente.
- Itens
- Local para guarda, arquivamento e manutenção dos documentos.
- Sistema de arquivamento que permita rápida localização de documentos.
- Organização do prontuário.
- Consistência das informações.
- Sistema de acompanhamento de entrada e saídas de prontuários, revisão de prontuários e análise crítica.
- Sistemas definidos de indicadores, a partir dos registros e informações contidas nos prontuários.
- Recepção, cadastro e informação do paciente na instituição.

INDICADORES

- Percentual de prontuários solicitados X % de prontuários atendidos
- Tempo de localização do prontuário
- Percentual de prontuários arquivados errados
- Percentual de perdas
- Percentual de prontuário com classificação nosológica
- Percentual de utilização de informações contidas no prontuário
- Percentual de duplicidade de prontuários

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

Ação que visa à prevenção e controle das infecções hospitalares a seus clientes (internos e externos).

Itens

- Campanhas periódicas de controle da infecção hospitalar e vacinação
- Definição e implementação de programas de treinamento dos trabalhadores da higienização, CME, SND, enfermagem, corpo clínico
 - Auditoria ágil do uso dos antibióticos
 - Discussão sobre indicação de uso dos antibióticos.
 - Campanhas para o usos de EPI
 - Testes rápidos para identificação de portadores de HIV, hepatite B e C após acidentes biológicos
 - Protocolo de administração de antivirais soro e vacinação para hepatite B em caso de acidentes com meios contaminados
- Alcance da busca ativa (notadamente berçário, CTI, cateterismos, pós-operatório e queimados)

- Divulgação dos resultados para as diversas clínicas, unidades e/ou serviços de forma que atinja todos os trabalhadores da unidade hospitalar e encaminhamento de solução
- Inter-relação com todas os setores/unidades do hospital que necessitem de sua orientação

INDICADORES

- Taxa de infecção por procedimentos por unidade
- Percentual de treinamento continuado
- Taxa de acidentes biológicos
- Taxa de uso inadequado de antibióticos

Serviço Social

Atendimento prestado ao paciente, família e rede de apoio social baseado na análise das condições econômicas, transporte, reintegração familiar e a mobilização de recursos comunitários para efetivação do atendimento social.

Itens

- Profissionais habilitados.
- Local apropriado que garanta privacidade do usuário.
- Registros no prontuário do paciente e relatórios referentes aos atendimentos dos pacientes, família, entrevista domiciliar, visitas e recursos comunitários.
- Integração com as demais unidades do hospital (área administrativas e assistenciais).
- Elaboração de estatísticas sociais como ferramentas para equacionamento das ações profissionais e como indicador institucional.
- Contatos com entidades públicas, privadas, filantrópicas e ONG para obtenção de benefícios ao paciente.
- Identificação de grupos de risco com protocolos de atendimentos sociais.
- Política de atendimento aos funcionários da instituição em sintonia com a área de Recursos Humanos.

INDICADORES

- Taxa de adesão do paciente ao tratamento.
- Tempo de permanência pós-alta.

Biblioteca

Refere-se ao acesso, controle e utilização da informação científica.

Itens

- Adequação da estrutura física e organização.
- Definição de metodologia de incorporação, atualização e de aquisição de material bibliográfico.
- Comissão de revisão de publicações.
- Divulgação do acervo.
- Definição da equipe, atribuições e responsabilidades.
- Controle de entrada/saída e consulta aos documentos.
- Atualização de índices internacionais.
- Assinatura de revistas científicas.
- Grau de informatização do Setor.

ATRIBUIÇÃO 5: RECURSOS HUMANOS

Relacionamento da Instituição com o Corpo Funcional

Desenvolvimento da Política de Recursos Humanos

Maneira como a instituição interage com seu corpo funcional, bem como projeta e possibilita condições necessárias à melhoria da qualidade de vida destes, estimulando, dessa forma, a busca constante da excelência como padrão único de comportamento.

Itens

- Política de recursos humanos claramente definida e de uso sistematizado.
- Plano anual de treinamento para os servidores com programas de capacitação, educação continuada e aperfeiçoamento.
- Programa de Saúde Ocupacional dos Funcionários.
- Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).
- Quadro de pessoal por setor/serviço.
- Sistema de cargos, carreira e remuneração.
- Avaliação contínua de desempenho

INDICADORES

- Índice de absenteísmo.
- Índice de rotatividade.
- Número hora treinamento/funcionário.
- Relação entre horas extra e horas normais

ATRIBUIÇÃO 6 – PROCESSAMENTO E ABASTECIMENTO

Lavanderia

Lavanderia hospitalar é responsável pela provisão de roupas limpas, abrangendo os serviços próprios, localizados ou não dentro da planta física do estabelecimento, assim como serviços contratados, e/ou terceirizados.

Itens

- Planejamento e controle da produção de acordo com a demanda (normas e rotinas preestabelecidas).
- Controle de processos e padronizações de insumos com registro em impressos.
- Adequação da área à atividade proposta (barreira e fluxo).
- Equipe técnica uniformizada e com EPI adequados.
- Restrição de acesso.
- Fornecimento de roupas para a central de material obedecendo à programação diária.
- Controle sobre o índice de suspensão de intervenções cirúrgicas e outros procedimentos causada pela falta de roupas
 - Sistema de controle da rouparia
 - Transporte de roupas sujas e limpas acondicionadas adequadamente em carros próprios e fechados.
 - Setores de costuraria e rouparia.
 - Responsável técnico qualificado
 - Inter-relação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, por meio de assessoria na elaboração do manual de rotinas e especificação dos produtos químicos utilizados.

- Horário de funcionamento adequado a demanda da instituição.
- Controle de pérfuro-cortante enviado junto a roupa.
- Manter registro da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos.
- Normas de Biossegurança.

INDICADORES

- Índice de perda de roupa
- Controle de temperatura e ruído
- Índice de procedimentos suspensos por falta de roupa

Central de Material de Esterilização - CME

Unidade (setor/serviço) destinado à limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos materiais esterilizados.

Itens

- Área de circulação restrita.
- Áreas diferenciadas e separadas por barreira estrutural: limpeza, preparo, esterilização, guarda, distribuição.
 - Comunicação com ambiente externo por visores e balcão
 - Controle biológico dos processos.
 - Utilização de indicadores de qualidade em esterilização.
 - Planejamento e controle da produção de acordo com a demanda
 - Fluxo (progressivo) do processo de esterilização – limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição.
 - Monitoramento do ciclo de esterilização, registro dos parâmetros físicos – temperatura, pressão e tempo.
 - Controle de materiais por lote e registro da data do processo.
 - Data de validade do processo
 - Sistema de identificação: Tipo do material, Tipo do processo, Responsável, Localização para armazenagem.
 - Validação dos equipamentos na instalação e revalidação a cada 12 meses
 - Registro de manutenção preventiva e corretiva
 - Protocolo de rotina de manutenção
 - Habilitação do supervisor, dos técnicos e demais funcionários
 - Horário de acesso a manutenção
 - Controle de qualidade dos materiais processados e residuais.
 - Utilização de serviços para esterilização de artigos termossensíveis por processo físico-químico (próprio ou terceirizado).
 - Equipamentos destinados a esterilização dos artigos que obedeçam a normas vigentes
 - Estrutura adequada para realização do processo químico (área com pressão negativa e exaustão)
 - Sistema de monitoramento das soluções desinfetantes/esterilizantes.
 - Centralização do serviço de esterilização.
 - Uso de EPI específicos para cada tipo e etapa do processamento.

- Uso de embalagens que permitam a penetração do agente esterilizante / barreira microbiana / resistência à tração e rasgos.
- Condições adequadas para acondicionamento dos artigos esterilizados: Temperatura (média 21° C), Umidade relativa (média 40 a 60%).

INDICADORES

- Monitoramento do ciclo de esterilização.
- Registro do controle biológico por lotes.

ATRIBUIÇÃO – 7 – APOIO ADMINISTRATIVO

Sistema Administrativo e Financeiro

Sistema financeiro contempla financiamento e orçamento

Itens

- Folha de pagamento.
- Planejamento orçamentário.
- Fluxo de caixa.
- Sistema de apropriação de custo.

INDICADORES

- Liquidez
- Capital de Giro (custo, médio e longo prazo)
- Margem operacional sobre faturamento bruto
- Geração de caixa
- Glosa sobre valor faturado
- Ciclo de caixa (Prazo médio entre receita e pagamento)
- Relação Custo Fixo/Receita Líquida
- Comparativo das despesas e receitas financeiras

Política de Materiais

Itens

- Comissão Multidisciplinar de Padronização de Materiais.
- Padronização de materiais atualizada, com mecanismos definidos de inclusão e exclusão.
- Sistema de controle de estoques compatível com o sistema de apuração de custos (procedimento ou por centro de custo).
 - Indicador de ponto de pedido.
 - Sistema de Registro de Preço (Banco de Preços da Instituição).
 - Acesso ao Banco de Preços do Ministério da Saúde.
 - Sistema de Compras estruturado com especificação dos materiais, dos editais e no julgamento técnico das amostras no processo de compra.
- Sistema de cadastro de fornecedores.

- Almoxarifado: rotinas para recebimentos, conferência, estocagem e dispensação dos materiais
- Controle de estoques: rotina de checagem e encaminhamento das notas fiscais.
- Inventários periódicos.
- Capacitação dos responsáveis pelos Setores de Compra e Almoxarifado.
- Apoio jurídico.
- Plano de investimento: rotina para aquisição de bens imobilizados.
- Cronograma de aquisição compatível com o cronograma financeiro.

INDICADORES

- Nível de estoque X consumo
- Índice de rotação dos estoques
- Custo financeiro do material estocado
- Quebra de estoque
- Índice de economicidade

Sistema de Avaliação e Controle

Itens

- Auditoria Interna.
- Assessoria jurídica.
- Processo de autorização das AIH.
- Supervisão do período de internação.
- Supervisão dos procedimentos de alto custo.
- Normas e impressos para o preenchimento correto das autorizações.
- Controle das perdas de faturamento por não preenchimento, preenchimento incorreto ou incompleto das fichas, prontuários e autorização para procedimentos especiais.
- Interação entre o setor responsável pelo faturamento e a supervisão hospitalar.

INDICADORES

- N° de relatórios de auditoria por setor/ano

Tecnologia da Informação

Desenvolvimento dos diversos programas, sistemas e aplicativos usados no Hospital.

Itens

- Política de informática (planejamento de implantação).
- Censo diário: responsabilidade, padronização da nomenclatura, confiabilidade, divulgação.
- Confiabilidade das estatísticas básicas, de produção por unidade.
- Processamento estatístico das informações geradas em séries históricas, detectando tendências.
- Grau de informatização na transmissão e processamento dos dados.
- Consultas on-line das informações.

- Sistema assistencial/paciente (do cadastramento ao prontuário).
- Sistema de processamento informatizado (apoio diagnóstico).

INDICADORES

- Percentual de informatização hospitalar

Sistema de Patrimônio

Sistema relacionado ao complexo de bens materiais pertencentes à organização e que sejam suscetíveis à apreciação econômica.

- Cadastro de bens patrimoniais
- Sistema de controle de entrada, saída e baixa dos bens imobilizados
- Sistema informatizado de controle e localização dos bens imobilizados
- Inventário periódico
- Processo de recebimento do material permanente e a carga patrimonial
- Responsabilidade bem definida pela área
- Qualificação dos funcionários responsáveis
- Sistema de identificação dos bens
- Comissão de alienação

INDICADORES

- Índice de baixa dos bens imobilizados por obsolescência/sucateamento

Manutenção Geral

Refere-se a organização do serviço de manutenção dos equipamentos, prédios e instalações.

Itens

- Planta das instalações hidráulica, elétrica, refrigeração e estrutura.
- Qualificação dos responsáveis pela manutenção: engenheiros elétricos, civis, clínicos ou biomédicos, técnicos em eletrônica.
- Manutenção preventiva de equipamentos.
- Plano diretor de obras.
- Sistema elétrico (cabeario, subestações, quadros elétricos).
- Gerador de emergência: áreas abrangidas, capacidade, checagem regular de suas condições, tempo máximo de entrada
- Reservatórios de água (rotina de limpeza periódica, capacidade).
- Manutenção predial regular e abrangente: estado dos pisos, instalações sanitárias, pinturas, calhas.
- Plantões de equipes mínimas de 24 horas.
- Controle periódico do estado da água, das caixas e tubos. Interação com a CCIH.
- Eficácia da manutenção preventiva dos equipamentos, tanto pesados quanto eletro-eletrônicos.
- Prontuário do equipamento.

INDICADORES

- Tempo de respostas as solicitações
- Tempo do equipamento na manutenção

Higienização Hospitalar

Remoção de sujeira, detritos e microorganismos presentes no ambiente hospitalar, mediante a aplicação de energia mecânica, química ou física num determinado tempo.

Itens

- Higienização definida em conjunto com a CCIH.
- Mecanismos de supervisão definidos para procedimentos de higienização, tratamento de resíduos, produtos utilizados, proteção coletiva e individual para os profissionais que manipulam o lixo.

ATRIBUIÇÃO 8 – GESTÃO HOSPITALAR

Ferramentas de Gestão

Técnicas e métodos de gerenciamento de uma organização.

Itens

- Disponibiliza informações gerenciais as partes interessadas.
- Gestão estratégica (gestão de processos e gestão por objetivos)
- Planejamento estratégico
- Gestão pela qualidade
- Avaliação periódica dos processos de gestão
- Correlação dos indicadores com os objetivos organizacionais.

ATRIBUIÇÃO 9 – FORTALECIMENTO DO ESPÍRITO PÚBLICO E RELAÇÕES COMUNITÁRIAS

Refere-se ao processo de desenvolvimento das relações entre a organização e a sociedade possibilitando a consolidação de vínculos.

Itens

- Desenvolver ações de atenção integral à saúde baseado no perfil epidemiológico da população.
- Respeito e dignidade no atendimento ao paciente.
- Prioridade a promoção e proteção à saúde.
- Reconhecimento da família e de segmentos de trabalhadores em seus espaços de vivência e trabalho.
- Humanização da prática da assistência à saúde, vinculando as famílias e os trabalhadores a determinados serviços, em grau crescente de complexidade.
- Promoção da oferta programada da atenção para os grupos mais expostos a riscos de morbidade.
- Integração com a comunidade desenvolvendo parcerias intersetoriais.

INDICADORES

- N.º de queixas registradas no serviço de ouvidoria/ n.º de clientes atendidos em um determinado período.
- N.º de projetos envolvendo instituições e/ou organizações comunitárias e/ou governamentais em um determinado período.

- N.º de convênios / contratos envolvendo instituições e/ou organizações comunitárias e/ou governamentais em um determinado período.
- N.º de pessoas beneficiadas / projetos.
- N.º de horas de formação por profissional/ período de tempo.

ATRIBUIÇÃO 10 – FOCO NO CLIENTE

Identificar os seus clientes e suas respectivas necessidades, antecipando-se a elas, no cumprimento das suas competências institucionais.

Itens

- Ações de conhecimento da clientela.
- Avaliação do perfil dos usuários.
- Inserção da organização no contexto do Sistema Público.
- Programa de Humanização com foco no cliente (recepção, emergência, marcação de consultas, entre outras).

INDICADORES

- Existência de ouvidoria
- Pesquisa periódica de satisfação da clientela

ANEXO II - PARCERIAS ESTABELECIDAS COM O PROGRAMA CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

UF	CENTRO COLABORADOR	UF	HOSPITAL CLIENTE	ATRIBUIÇÕES E AÇÕES PROGRAMADAS
BA	Hospital Santa Izabel	PB	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	Processos Gerenciais da Farmácia e Almoxarifado com definição de fluxos, estabelecimento de estoque de segurança e pontos de pedidos.
BA	Hospital Santa Izabel	CE	Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	Ferramentas de Gestão com enfoque nos Processos de Faturamento e Controle de Materiais
BA	Hospital São Rafael	SE	Associação Aracajuana de Beneficência – Hospital Santa Isabel	Organização da Assistência Médica, Implantação de fluxos na Emergência, Sistema Administrativo Financeiro.
BA	Hospital São Rafael	AL	Fundação Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas	Área de Gestão Hospitalar e Organização da Assistência Médica
CE	Hospital Geral de Fortaleza	RO	Hospital Municipal de Ji-Paraná	Planejamento Estratégico e Enfermagem: Definir planejamento estratégico; Estabelecer estratégia e estrutura de acompanhamento, avaliação e sustentação do Planejamento Estratégico; Divulgação interna e externa; Início da reorganização da área de enfermagem; Reflexões sobre a questão ética profissional; Início da elaboração do regimento interno da enfermagem (definição da missão, valores e visão da enfermagem); Identificação das necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

CE	Hospital Geral de Fortaleza	RR	Hospital da Criança Santo Antônio	Enfermagem e Farmácia: Elaboração de normas e rotinas, manual de procedimentos de enfermagem; Criação do Conselho de Ética em enfermagem; Treinamento em serviço; Implantação de dose unitária; Instalação do programa de controle de estoque; Implementação da Farmácia Clínica e Farmaco-vigilância.
CE	Hospital Universitário Walter Cantídio	AC	Fundação Hospitalar do Acre – FUNDACRE	SAME e Processos Gerenciais de Farmácia: reorganizar a farmácia e o setor de materiais implantando controle de estoques, fluxos e rotinas nessas áreas.
CE	Hospital Universitário Walter Cantídio	PI	Maternidade Dona Evangelina Rosa	Recursos Humanos, Serviço de Material e Ferramentas de Gestão: reorganizar o almoxarifado e rever os fluxos internos. RH: promover a capacitação e treinamento das chefias e pessoal. Propor normas de gestão, atividades de melhorias na maternidade.
CE	Instituto Dr. José Frota	MA	Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura	Organização da Assistência Médica, fluxos da Emergência, articulação de referência entre os Hospitais de Urgência de São Luís.
CE	Instituto Dr. José Frota	MA	Hospital Municipal Djalma Marques – Socorrão I	Organização da Assistência Médica, fluxos da Emergência, articulação de referência entre os Hospitais de Urgência de São Luís.
CE	Instituto Dr. José Frota	PB	Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande	Organização da Assistência Médica e Ferramentas de Gestão
GO	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	MS	Sociedade Beneficência Corumbaense	Sistema Administrativo Financeiro e Ferramentas de Gestão

MG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	AM	Hospital Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	Recursos Humanos e Central de Material Esterilizado (CME): Definição da missão da Instituição; Definição de uma política de RH; Capacitação da equipe de RH e dos gerentes; Elaboração da missão, objetivos e metas dos setores; Orientação para alteração do layout; Acompanhamento do processo de trabalho realizado no setor; Fluxo de material; Elaboração de rotinas; Monitoramento de esterilização; Implantação de impressos para controle/registros; Monitoramento dos indicadores; Ampliação da CME.
MG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	PR	Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná	Planejamento Estratégico e Ferramentas de Gestão
MG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	GO	Hospital Materno Infantil – HMI	Foi solicitada assessoria técnica nas áreas de Organização da Assistência Médica, Diagnóstico Terapêutico, Recursos Humanos, Apoio Administrativo e Gestão Hospitalar.
MG	Instituto Raul Soares	ES	Hospital Dr. Dório Silva	Emergência e Higienização Hospitalar: Definição da missão do hospital; Reorganização do espaço hospitalar; Elaboração de rotinas de higienização específicas e adequadas aos diversos setores do hospital; Treinamento e supervisão das rotinas de serviço.
MS	Sociedade Beneficente de Campo Grande – Santa Casa	AP	Hospital de Emergência do Amapá	A definição das áreas de trabalho estão dependendo da conclusão da etapa II (Diagnóstico).

PE	Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP	PB	Hospital Infantil Arlinda Marques	(*)
PE	Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP	SP	Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes – SMS	Solicitação de assessoria nas áreas de apoio técnico, recursos humanos e apoio administrativo. Deverão ser trabalhados os serviços de farmácia, enfermagem, controle de infecções hospitalares, serviço social, política de materiais e manutenção geral.
PR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	RN	Hospital de Pediatria	Serão trabalhadas cinco áreas dos hospitais do Complexo de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 1 - laboratório central, 2 - imagens médicas, 3 - SAME e fluxo de pacientes, 4 - compras e almoxarifado, e 5 - faturamento; de imediato as áreas 3 e 5 terão o apoio e a contribuição do Hospital das Clínicas do Paraná.
PR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	RN	Hospital Universitário Onofre Lopes	Serão trabalhadas cinco áreas dos hospitais do Complexo de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 1 - laboratório central, 2 - imagens médicas, 3 - SAME e fluxo de pacientes, 4 - compras e almoxarifado, e 5 - faturamento; de imediato as áreas 3 e 5 terão o apoio e a contribuição do Hospital das Clínicas do Paraná.
PR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	RN	Maternidade Escola Dr. Januário Cicco	Serão trabalhadas cinco áreas dos hospitais do Complexo de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 1 - laboratório central, 2 - imagens médicas, 3 - SAME e fluxo de pacientes, 4 - compras e almoxarifado, e 5 - faturamento; de imediato as áreas 3 e 5 terão o apoio e a contribuição do Hospital das Clínicas do Paraná.

PR	Hospital do Trabalhador	SP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu	Emergência e Centro-Obstétrico: Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Elaboração projeto de implantação da IHAC. Elaboração e produção de material didático e promocional. Realização da 1ª auto-avaliação dos resultados da IHAC. Implantação do Banco de Leite. Treinamento de toda a equipe do setor de emergência. Reestruturação do serviço de emergência. Estreitar relações intra e extrainstitucionais. Programas de ensino e protocolos clínicos.
PR	Hospital do Trabalhador	SE	Maternidade Hildete Falcão Batista	Solicitação de assessoria nas áreas de enfermagem, ferramentas de gestão e nutrição.
PR	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	GO	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Solicitação de assessoria técnica nas áreas de unidade de internação, emergência, métodos gráfico, anatomia patológica, farmácia, SAME, recursos humanos, processamento de materiais e esterilização - CME, política de materiais, tecnologia da informação e manutenção geral.
PR	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	AL	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	Após a visita de diagnóstico foram definidas as seguintes áreas: enfermagem, manutenção e custos. Reorganizar e definir os processos de trabalho, implantar programa de educação continuada e relatórios de produtividade dos serviços.

RJ	Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira	RR	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré	Enfermagem e SAME: Elaboração organograma para divisão de enfermeiros; Reformular o regimento interno; Incluir rotina de solicitação e recebimento materiais; Elaborar manual de no- tas para o SAME; Treinar enfermagem neonatal e CIH; Orientar preenchimento da AIH; Avaliação de física do Centro Cirúrgico; Licitação equipamentos e materiais apontados Assessoria; Elaboração de projeto informatização a ser submetido REFORSUS.
RJ	Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira	AL	Hospital Escola Dr. Hélio Auto	As áreas de assessoria serão definidas a conclusão da fase de diagnóstico (Colaborador).
RJ	Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira	PB	Hospital Regional de Guarabira – Hospital Antônio Paulino Filho	Organização da Assistência Médica Ferramentas de Gestão: Planejamento estratégico.

RJ	Hospital dos Servidores do Estado	PI	Hospital Regional Justino Luz	<p>Organização da Assistência Médica: Revisão do Organograma; Descentralização das tarefas; Formação de Comissão de Planejamento; Implementação de reuniões com as chefias de departamento e o corpo clínico; Rever as escalas de plantões, em todos os níveis; Discutir a implementação do atendimento ambulatorial/ SPA; Implantação de centro de custos; Implantar Política de preços; Auxiliar na Política de reestruturação do plano de cargos e salários; Interagir com os funcionários ouvindo opinião sobre procedimentos do Hospital, solicitando sua participação e crítica – Ouvidoria;</p> <p>Melhoria das condições de trabalho dos funcionários do Hospital, principalmente de contratados das áreas de enfermagem (auxiliar e atendentes); Reorganização das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Higienização, Educação Continuada e Rotinas e Fluxos.</p>
RJ	Hospital dos Servidores do Estado	CE	Hospital Municipal de Maracanaú	<p>Ferramentas de Gestão: Programa de Qualidade e planejamento Estratégico; Organização da Assistência Médica com enfoque no Serviço de Emergência</p>

RJ	Hospital Municipal Salgado Filho	PA	Hospital do Pronto Socorro Municipal de Belém	Emergência, Centro Cirúrgico e Ferramentas da Gestão: Revisão da estrutura organizacional; Avaliação do regime de trabalho; Implementação do Projeto Serviço de Orientação, Recepção, Informação e Acolhimento – SORRIA; Implementação de rotinas, fluxos, agendamentos e protocolos na emergência e centro cirúrgico.
RJ	Hospital Municipal Salgado Filho	PA	Hospital do Pronto Socorro da Prefeitura de Guamá	Emergência, Centro Cirúrgico e Ferramentas da Gestão: Revisão da estrutura organizacional; Avaliação do regime de trabalho; Implementação do Projeto Serviço de Orientação, Recepção, Informação e Acolhimento – SORRIA; Implementação de rotinas, fluxos, agendamentos e protocolos na emergência e centro cirúrgico.
RJ	Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras	SP	Sociedade Portuguesa de Beneficência Ribeirão Preto – Hospital Imaculada Conceição	As áreas de assessoria serão definidas após a conclusão da fase de diagnóstico (Colaborador).
RJ	Instituto Nacional de Câncer	MA	Fundação Antônio Jorge Dino - Hospital Aldenora Bello	Corpo Clínico e Ferramentas de Gestão: Reuniões de sensibilização e conceituação de qualidade; Formação de comitês; Implantação de Ferramentas da Qualidade.
RJ	Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia	ES	Hospital Antônio Bezerra de Faria	Emergência e Sistema de Avaliação e Controle: Implantação do sistema de informação; Modernização do laboratório de patologia clínica, hemoterapia, anatomia patológica e radioterapia; Implementação do Programa de Qualidade – Acreditação Hospitalar.

RJ	Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia	SP	Hospital Internacional dos Estivadores de Santos	Organização da Assistência Médica: implantação dos serviços de traumatologia visando a redefinição da missão e papel institucional do hospital na região.
RS	Grupo Hospitalar Conceição	RJ	Hospital Universitário Antônio Pedro	Sistema de Avaliação e Controle e Sistema Administrativo Financeiro: Incremento do Faturamento; Reorganização dos Processos de Materiais; Elaboração de Plano Diretor para o Hospital; Projeto de Informatização; Padronização de Indicadores Hospitalares; Renegociação dos Contratos Terceirizados; Reorganização Orgânica; Constituir Comissão para revisão de prontuários.
RS	Grupo Hospitalar Conceição	BA	Hospital Geral do Estado	Almoxarifado e Emergência: Implantar relatórios no almoxarifado; Providenciar concorrência registro de preços; Disponibilizar parecer técnico no sistema; Desenvolver protocolos de licitação; Reorganização do fluxo de entrada de pacientes; Sugestão e implementação de formulários.
RS	Grupo Hospitalar Conceição	RS	Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado – Hospital Bruno Born	Tecnologia da Informação e Organização da Assistência de Enfermagem: reorganização dos protocolos, fluxos e rotinas assistenciais dessas áreas.

RS	Grupo Hospitalar Conceição	CE	Associação de Proteção à Saúde à Maternidade e à Infância de Caucaia – Hospital Maternidade Dr. Paulo Sarasate	Definir perfil para as Instituições de Saúde do Município de Caucaia; Estabelecer junto às Secretarias de Saúde do Estado e do Município um programa de Referência Contra Referência; Reavaliar os tetos financeiro e físico; Absorver a demanda, atualmente, dirigida para atendimento na Capital; Definir um sistema de Gestão; Aplicar Ferramentas de Gestão – Foco no Cliente, Gestão de Pessoas, Gestão de Processos.
RS	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	PE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	Gestão Hospitalar: Levar o Hospital ao nível terciário e quaternário de atendimento; Humanizar o atendimento; Padronizar o uso de identificação funcional (crachá); Elaborar manual de normas e rotinas dos diversos setores do hospital; Implantar sistema informatizado integrado; Criar uma estrutura de gerenciamento colegiado; Implantar controle de leitos, internação e documentação (laudos, prontuários); Realizar a capacitação dos funcionários; Revisar o fluxo de pacientes e familiares e as formas de acesso ao hospital.
RS	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	BA	Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Universidade Federal da Bahia	Organização da Assistência e Ferramentas da Gestão: criação de estrutura que realize o “Gerenciamento do paciente e no processo de internação”.

RS	Hospital São Lucas da PUC RS	AM	Hospital Geral Adriano Jorge	<p>Ferramentas da Gestão: Apoiar o desenvolvimento da Gestão das Unidades Hospitalares considerando: o hospital no seu todo; foco nos usuários; condição de serem hospitais públicos; realidade regional.</p> <p>Direcionar o desenvolvimento da gestão das Unidades Hospitalares, contemplando: Inserção no sistema de saúde do Estado; Vinculação com o ensino das Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Amazonas; Criação de assessoria da Direção, para apoio ao desenvolvimento da gestão; Adequação da estrutura organizacional para otimizar a gestão; Sensibilização/capacitação de gestores; Aplicação método gestão/instrumentos.</p>
----	------------------------------	----	------------------------------	---

RS	Hospital São Lucas da PUC RS	AM	Pronto Socorro da Criança Zona Sul	<p>Ferramentas da Gestão: Apoiar o desenvolvimento da Gestão das Unidades Hospitalares considerando: o hospital no seu todo; foco nos usuários; condição de serem hospitais públicos; realidade regional. Direcionar o desenvolvimento da gestão das Unidades Hospitalares, contemplando: Inserção no sistema de saúde do Estado; Vinculação com o ensino das Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Amazonas; Criação de assessoria da Direção, para apoio ao desenvolvimento da gestão; Adequação da estrutura organizacional para otimizar a gestão; Sensibilização/ capacitação de gestores; Aplicação método gestão/ instrumentos.</p>
----	------------------------------	----	------------------------------------	--

RS	Hospital São Lucas da PUC RS	GO	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia Obra Unida à Sociedade São Vicente de Paulo	Recursos Humanos, voltado para a área de desenvolvimento de pessoal e melhoria da qualidade de atendimento.
RS	Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	PR	Irmadade da Santa Casa de Londrina	Áreas solicitadas durante a visita de identificação: Ferramenta de Gestão, Recursos Humanos e Enfermagem.
RS	Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	MG	Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá	As áreas de assessoria serão definidas após a conclusão da visita de diagnóstico, por parte da instituição colaboradora.
SP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	PA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	Apoio Administrativo e Manutenção Geral: Avaliação e discussão do Plano Diretor de Obras; Estruturação do Departamento de Manutenção; Avaliar os contratos terceirizados; Revisão de Fluxos; Revisão do Organograma.

SP	Hospital das Clínicas / UNICAMP	SE	Fundação Beneficência Hospital de Cirurgia	<p>Relação da Instituição com Corpo Funcional, Tecnologia da Informação e Ferramentas da Gestão: Rever contratos de terceiros; Criar modelo de Gestão Organizacional, através de um Planejamento Estratégico; Revisão do Organograma; Normatizar rotinas, processos e indicadores nas áreas (criar manuais); Rever a estrutura da área médica (comissões de Ética, CCIH e Técnica); SAME – padronizar o prontuário médico; CME - recuperar área física e rever fluxo de materiais; Efetivar ações básicas das áreas de recrutamento/seleção e avaliação de desempenho; Ampliar as ações de Treinamento e Desenvolvimento de RH; Padronizar cargos, salários e rotinas de RH; Revisar e redimensionar o quadro de pessoal do hospital; Planejamento de informatização do hospital; Instalar metodologia de desenvolvimento de sistemas, e padronizar documentação.</p>
----	---------------------------------	----	--	---

SP	Hospital das Clínicas / UNICAMP	Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO	<p>Criação da Comissão de Prontuários, Implantação do prontuário único</p> <p>Definir a organização interna dos documentos do prontuário</p> <p>Implantar a Matrícula do Paciente que terá um prontuário único</p> <p>Criar o Arquivo Médico dos Prontuários Únicos na nova área que está sendo construída para o SAME</p> <p>Criar Área de Revisão de Prontuários no SAME e conseguir parceiros nas áreas de assistência para garantir a anexação e o bom preenchimento dos documentos do prontuário.</p> <p>Redimensionamento do Quadro de Pessoal (redistribuição de funcionários)</p> <p>Dar continuidade no processo de avaliação do perfil dos gerentes</p> <p>Dar continuidade aos trabalhos para aumentar o comprometimento do profissional médico com o HUGO</p> <p>Implementar prática de ginástica laboral em áreas críticas como lavanderia.</p> <p>Manter as Campanhas de Conscientização e treinamento para o uso de EPI e Criar políticas de RH para garantir a obrigatoriedade do uso</p>
----	---------------------------------	--	---

SP	Hospital das Clínicas/ UNICAMP	SP	Irmandade da Santa Casa de Vinhedo	Ferramentas da Gestão: Reformulação do organograma da instituição; Avaliação dos fluxos e processos; Reuniões preparatórias para o planejamento estratégico com os funcionários; Padronização de materiais e medicamentos; Implementação de procedimentos e protocolos; Implantação da dose unitária; Planejamento do saneamento financeiro.
SP	Hospital das Clínicas de Marília	MT	Hospital Regional de Sorriso	Enfermagem e Desenvolvimento de Política de Recursos Humanos: Criação da área de Recursos Humanos; Elaboração da Política de Recursos Humanos; Elaboração do Manual dos Servidores para padronização e uniformização das normas de procedimentos; Elaboração de Programas de capacitação e treinamento de integração; Orientação na constituição da CIPA; Elaboração do Mapa de Risco, Manual de Normas de Segurança e Programa de Prevenção de Incêndio; Avaliação da qualidade de vida do trabalhador; Elaboração do regimento do Serviço de Enfermagem; Finalização do manual de normas e rotinas de enfermagem; Criação do Serviço de Educação Continuada.
SP	Hospital das Clínicas de Marília	DF	Hospital Universitário de Brasília	(*)

SP	Hospital do Rim e Hipertensão	SC	Irmandade do Senhor dos Passos e Hospital de Caridade	(*) Laboratório, Farmácia e Centro Cirúrgico; Introdução do Método de “Dose Unitária” nas Alas de Internação; Elaborar em conjunto com Médicos e Enfermeiros listagem dos procedimentos realizados, para montagem de Kits cirúrgicos; Localização de Espaço Físico para Centralização dos estoques existentes (Bloco Cirúrgico e Unidade de Emergência); Mudança do Processo atual de anotação nas Prescrições Médicas e Emissão do Pedido de Exames; Mudança no Fluxo Operacional.
SP	Hospital do Rim e Hipertensão	MG	Hospital Júlia Kubistcheck	SAME e Ambulatório: Descrição das atribuições de cada seção; Reformulação do sistema de cadastro dos pacientes; Recuperação do setor de estatística; Reformulação do agendamento de consultas e exames; Reestruturação do atendimento ambulatorial; Implantação de sistema de referência/contra-referência.
SP	Hospital São Paulo	AP	Hospital de Especialidades	(*)
SP	Hospital São Paulo	TO	PRO SAUDE – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Hospital Geral de Palmas	

SP	Hospital São Paulo	PA	Hospital Universitário João de Barros Barreto	Corpo Clínico e Relacionamento Instituição – Corpo Funcional: Elaboração do regimento interno; Reorganização do serviço de enfermagem; Estruturação de um sistema de avaliação e capacitação da equipe de enfermagem; Implantação do setor de educação continuada.
SP	Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	MG	Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros	(*)
SP	Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	MG	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	(*)

(*) O ano de 2002, por ser eleitoral, foi peculiar no desenvolvimento do Programa, assim, o processo das etapas vem se desenrolando lentamente, o que dificulta, inclusive o início das atividades.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C.M.. “Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança” – Política de saúde e Inovação Institucional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- Brasil, Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 2ª edição, Brasília, 1999
- Brasil, Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 3ª edição, Brasília, 2001
- Brasil, Ministério da Saúde. Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias. Brasília, 2001.
- Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/96. Brasília: 1996.
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 582, de 20 de junho de 2000. Institui os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 120-E. Brasília, pág. 38, Seção 1, 23/06/2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 2.083, de 13/11/2002. Revalida o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 218. Brasília, pág. 64, seção 1, 14/11/2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 2.923, de 09/06/1998. Institui o Sistema Estadual de Referência para Atendimento de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União n. 111. Brasília, seção 1, 15/06/1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 3.477, de 20/08/1998. Institui o Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. Diário Oficial da União n. 160. Brasília, seção 1, 21/08/1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 934, de 24/05/2002. Revalida o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 102. Brasília, págs. 98, seção 1, 29/05/2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS N° 583 a 611, de 20/06/2000. Cada portaria concede o título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 120-E. Brasília, págs.38 a 40, seção I, 23/06/2000.
- Brasil, Ministério da Saúde. Relatório Técnico do Seminário Nacional – Gestão Hospitalar: Uma Visão Atual de Futuro, Rio grande do Sul, 1999.
- Brasil, Ministério da Saúde. Relatório Técnico Seminário Nacional – A Gestão Hospitalar no Contexto da Reforma do Estado. Brasília, 2000.
- Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório “Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil”. Brasília: MS, 2002
- Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão 1998/2001. Brasília: MS, 2002.
- COOK, T. COOK F. MARK 1982. Modèles expérimentaux et quais expérimentaux en recherche évaluative: une introduction. P. 105-142. Introduction aux Méthodes de Recherchem Évoluative. Le Presses de l’Université de Laval. LRRL Quebec.
- Brasil. FUNDAÇÃO CESGRANRIO. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas, v. 1, Rio de Janeiro, 1993.
- GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- KADAT, E & TASCIA, R. Promovendo a Equidade: Um novo enfoque com base no Setor Saúde, São Paulo, Editora Hucitec, 1992.
- MIRSHAWKA, Victor. Hospital fui bem atendido!!, São Paulo, Editora Makron Books, 1994
- _____ Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. Revista Ciência e Saúde Coletiva: ABRASCO, vol.4, número 2, 1999.
- SCRIVEN M. 1997. Truth and objectivity in evaluation, p. 477-500. In E Chelimsky & WR Shadish – Evaluation for the 21 st Century a Handbook. Sagem publications, Thousand Oaks, London.
- WALLER, Derek Allen, ANDREW, Burns. Manual de Gerenciamento da Qualidade. São Paulo, Makron Books, 1996.