

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAUÊ FELIPE PIMENTEL

GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

PORTO ALEGRE

2010

CAUÊ FELIPE PIMENTEL

GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para a Escola de Enfermagem
da UFRGS como requisito parcial para a
obtenção do título Enfermeiro.

Orientadora:
Profª. Drª. Érica Rosalba Mallmann Duarte

Co-Orientador
Prof. Msc. Aristides José da Silva Júnior

PORTO ALEGRE

2010

DEDICATORIA

Primeiramente ao meu pai, *Luiz Airton Pimentel*, minha mãe, *Helena Maria Giacomolli* e meu Irmão, *Thainã Eduardo Pimentel* que estão ao meu lado e sempre possibilitaram a minha melhor forma de ser.

A meu padrinho *José Juarez Pimentel* e minha madrinha *Rejane Rauber* que me apoiaram intensamente em minha vida.

A meu professor, orientador e amigo *Aristides José da Silva Junior* que me ensinou a ser Enfermeiro e me motivou buscar o melhor sempre.

A minha professora orientadora *Érica Rosalba Mallmann Duarte* pela paciência e acolhimento virtuosos.

Aos meus colegas de faculdade que proporcionaram momentos únicos em minha vida.

Aos meus fieis amigos que sempre me apoiaram e me motivaram *Thiago Henrique Guarda Leonardo, Clóvis dos Santos Custódio Júnior, Fabiano Ferreira de Souza e Sâmia Maslen.*

As pessoas especiais que só a passagem pela faculdade poderia possibilitar uma convivência e amizade indescritíveis, *Cristyan César Dall'Agnol, Juliana de Oliveira Pires, Natacha Fernanda França Kleinans, Ana Carolina Brito Matos, Denise Schauben e Bruna Bruzzamarelo.*

RESUMO

O processo avaliativo da qualidade da assistência em saúde produz dados que influenciam tomadas de decisão, como forma de um gerenciamento de qualidade em serviços hospitalares. Na região Centro-Oeste do país, mais especificamente, na região sul do Estado de Mato Grosso, as instituições de saúde não estão submetidas ao processo de avaliação, enfatizando, o desenvolvido pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Desta maneira, tem-se como proposta, neste estudo, realizar o diagnóstico da qualidade da assistência a saúde, de uma instituição hospitalar pública desta região, através de um estudo de natureza transversal, exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Utilizou-se para análise: os padrões de conformidade, a pesquisa de satisfação do usuário e as condições e relações de trabalho dos funcionários do PNASS. A pesquisa foi iniciada após a aprovação da Instituição de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller – HUJM. Conclui-se que o objetivo proposto foi atingido, tornando possível a realização do diagnóstico da qualidade da assistência hospitalar na instituição pesquisada. O estudo demonstrou que a avaliação permite visualizar o ingresso de conceitos da qualidade na cultura organizacional da instituição e apontar a necessidade de programas permanentes para a execução, análise e intervenção da qualidade da assistência a saúde.

Palavras-chave: Enfermagem, Avaliação em Saúde e Qualidade

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01: Tempo para a realização do atendimento e a satisfação	28
Gráfico 02: Humanização na atenção a saúde	29
Gráfico 03: Limpeza dos ambientes	29
Gráfico 04: Conforto dos ambientes	30
Gráfico 05: Sinalização e localização	30
Gráfico 06: Confiança na equipe de saúde	31
Gráfico 07: Satisfação das roupas fornecidas pelo estabelecimento	31
Gráfico 08: Alimentação fornecida pela instituição	32
Gráfico 09: Informações de saúde aos usuários	32
Gráfico 10: Nome do profissional que fez o atendimento à saúde	33
Gráfico 11: Reclamar em atendimento mal realizado	33
Gráfico 12: Tempo de permanência na visita a unidade de internação	34
Gráfico 13: Garantia do estabelecimento ao acompanhante	34
Gráfico 14: Acompanhante a sua livre escolha	35
Gráfico 15: Pagamento por atendimento recebido	35
Gráfico 16: Expectativa do atendimento a saúde	36
Gráfico 17: Julgamento da carga de trabalho	37
Gráfico 18: Julgamento do tamanho (dimensionamento da equipe)	37
Gráfico 19: Julgamento da distribuição das tarefas	38
Gráfico 20: Julgamento da segurança para a execução do trabalho	38
Gráfico 21: Julgamento das acomodações e mobiliário	39
Gráfico 22: Julgamento da higiene do ambiente	39
Gráfico 23: Julgamento da disponibilidade de materiais e equipamentos	40
Gráfico 24: Julgamento do Salário	40
Gráfico 25: Julgamento da medicina do trabalho	41
Gráfico 26: Julgamento do relacionamento com a chefia imediata	41
Gráfico 27: Julgamento do estímulo do estabelecimento ao trabalho	42
Gráfico 28: Julgamento da valorização do trabalho	42
Gráfico 29: Atividades realizadas de acordo com o cargo e função conforme contrato	43
Gráfico 30: Motivação no serviço	43
Gráfico 31: Participação nas reuniões de equipe	44
Gráfico 32: Existência de um local que acolha as opiniões, reclamações e dificuldades	44
Gráfico 33: Indicação do estabelecimento de saúde para algum amigo ou parente	45
Gráfico 34: Consideração geral do estabelecimento de saúde	45
Gráfico 35: Expectativa positiva em relação ao serviço dos usuários entrevistados em comparação com os dados do relatório final do PNASS. (BRASIL, 2007)	48
Gráfico 36: Satisfação do trabalhador por item questionado em comparação com os dados do PNASS. (BRASIL, 2007)	49
Gráfico 37: Comparação dos dados obtidos na pesquisa das condições e relações de trabalho sobre a indicação e utilização do serviço com os dados do PNASS. (BRASIL, 2007)	49

LISTA DE QUADROS

Quadro Q1: Porcentagem de critérios atendidos pelo padrão de conformidade do PNASS	25
Quadro Q2: Padrões de conformidade cumpridos na instituição. Os padrões coloridos apresentam-se coloridos e os padrões não cumpridos são os ausentes de coloração	26

LISTA DE SIGLAS

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CEP/HUJM - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller

IBGE - Instituto Brasileira de Geografia e Estatística

PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.	Introdução	09
2.	Referencial teórico	13
2.1.	A qualidade dos serviços	13
2.2.	Avaliando a qualidade em serviços de saúde	16
3.	Objetivos	19
3.1.	Objetivo geral	19
3.2.	Objetivos específicos	19
4.	Metodologia	20
4.1.	Delineamento da pesquisa	20
4.2.	Coleta de dados	20
4.3.	Descrição e caracterização da amostra	21
4.3.1.	Amostra dos Usuários	21
4.3.2.	Amostra dos profissionais	21
4.4.	Local da pesquisa	22
4.5.	Análise dos resultados	22
4.6.	Questões éticas	23
5.	Resultados encontrados	24
5.1.	Padrões de conformidade	24
5.2.	Pesquisa de satisfação do usuário	28
5.3.	Pesquisa de condições e relações de trabalho	36
6.	Análise dos Resultados	46
6.1.	Padrões de Conformidade	46
6.2.	Correlação do PNASS com Instituição avaliada	47
6.3.	A análise SWOT como uma ferramenta estratégica	50
7.	Considerações finais	55
8.	Referências	57
	Apêndice A	60
	Apêndice B	61
	Apêndice C	62
	Anexo I	63
	Anexo II	80
	Anexo III	82
	Anexo IV	83
	Anexo V	84
	Anexo VI	85

1. INTRODUÇÃO

Através de pensamentos e reflexões durante o período de graduação em Enfermagem, torna-se factível a dimensão da importância do exercício desta nobre profissão, o que releva ainda mais aos seus inúmeros atributos de capacidade de atuação dentro do setor saúde, evidenciado por sua ampla variedade de conhecimentos especializados e a grande área de atuação proporcionada pelo desenvolvimento da profissão no último século.

Promovido por uma maior necessidade de viabilização de conhecimentos a Enfermagem transcende o estrito cuidado pessoal ao paciente englobando uma múltipla concepção de todo o processo que envolve este cuidado. Os campos de atuação do enfermeiro têm se ampliado significativamente, envolvendo atividades e serviços nas áreas do cuidado, da educação e da gestão, tanto de natureza pública quanto privada.

Entre esses campos de atuação da Enfermagem será abordada a visão administrativa, enfatizando a gestão da assistência à saúde, suas peculiaridades e necessidades de aperfeiçoamento.

As alterações ocorridas na prestação de serviços de saúde, ao exemplo da evolução tecnológica e das mudanças nas relações socioeconômicas, têm afetado, por vezes, significativamente, os padrões de assistência e, conseqüentemente, as práticas de enfermagem (SOUZA; SOARES, 2006). Essas alterações despertaram o interesse para a elaboração deste estudo sobre as práticas administrativas do enfermeiro, oferecendo, uma contribuição para o aprimoramento profissional e participação mais efetiva na sociedade.

A enfermagem, cuja essência é o cuidado humano, vem alicerçando-se como ciência desde Florence Nightingale. Com base em dados observacionais de sua prática, esta tornou-se a precursora da investigação em enfermagem, a partir das ações que implementou. Desde então percebe-se a trajetória da pesquisa como importante recurso no processo de trabalho da enfermagem, a qual é normatizada por determinantes sociais, políticos e econômicos (ECHER *et al.*, 1998).

É de suma importância frisar que a pesquisa em enfermagem é importante porque legitima o seu fazer, busca novas formas de cuidar, aproxima as dimensões teóricas e práticas do trabalho de enfermagem, contribuindo para a qualidade de

vida da população, além de produzir o saber substantivo da sustentação à prática da enfermagem, (ECHER *et al*, 1998).

A organização do trabalho em saúde incorporou o saber de várias ciências e, dentre elas, a ciência da Administração adotada em grande parte nas instituições de saúde, sobretudo as hospitalares. O modelo gerencial hospitalar foi construído com base no componente gerencial taylorista e, evolutivamente, sofreu a influência do conhecimento de várias outras teorias administrativas, principalmente das Teorias das Relações Humanas, do Modelo Burocrático e mais recentemente da Teoria da Qualidade Total (PAIVA, 2006).

Nos serviços de saúde, a qualidade da assistência tem sido muito enfatizada e o conceito de qualidade vem se transformando e incorporando novos parâmetros.

Aliado a esta tendência que apresenta grande discussão quanto a qualidade nos serviços de saúde, como foco o hospital, é que faz-se necessário o gerenciamento desta qualidade.

Entende-se por gerenciamento da qualidade [...] melhorar continuamente a produtividade [...] de uma organização, direcionada para satisfazer objetivos amplos, tais como: custo, qualidade, visão de mercado, planejamento e crescimento da empresa.[...] combinando técnicas de administração para aperfeiçoar continuamente todos os processos (PAIVA, 2006).

Ainda sob observância da obra de PAIVA, (2006), esta faz a reflexão que a qualidade precisa estar presente em todo o processo de discussão da assistência do enfermeiro, uma vez que o foco de assistência de enfermagem deve ser o indivíduo e o atendimento de suas necessidades; porém, as pesquisas sobre essa temática, apesar de estarem se desenvolvendo e conquistando dimensões significativas na enfermagem, ainda estão longe de alcançar a abrangência necessária e desejada pelos enfermeiros.

Entretanto, a concepção da qualidade enfatiza não só na organização, mas também os indivíduos e o trabalho multidisciplinar dos integrantes da organização que oferece os serviços. O conceito de qualidade também está relacionado com a humanização no atendimento, tão preconizada, porém pouco executada.

O processo de trabalho humanizado exige também a construção de relações de trabalho mais flexíveis e que o trabalhador possa ter mais autonomia para a realização de suas atividades, de tal forma que ele possa se sentir responsável pela execução e resultado de suas ações (PAIVA, 2006).

A noção de qualidade no trabalho em saúde é composta tanto pela competência técnica quanto pela capacidade de interagir. Um grande número de queixas e demandas dos usuários pode ser resolvido ou pelo menos minimizada, quando eles se sentem ouvidos, compreendidos, acolhidos, considerados e respeitados pelos profissionais que o estão atendendo (HADDAD, 2004).

É necessário, portanto, considerar-se que, na interface da qualidade com a avaliação dos serviços de saúde, têm que se considerar os determinantes das condições de saúde e a subjetividade dos sujeitos que permeiam a realidade social (PAIVA, 2006).

O uso da metodologia da qualidade torna-se particularmente valioso quando consideramos a situação atual da gestão de serviços de saúde no país, ou seja, a escassa utilização de planejamento estratégico, a inexistência de um sistema de informações confiável, a ausência de um sistema de gestão fundamentado na melhoria de processo e centrado em resultados, a carência de indicadores de desempenho e de qualidade, enfim, a inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a qualificação da sua estrutura organizacional e, principalmente, para a satisfação dos seus clientes e usuários (MALIK, 1996, *in* HADDAD, 2004).

No campo da saúde, a avaliação tem se constituído em instrumento para conhecer e melhorar as formas de agir dos profissionais e, ao contrário das outras organizações, tem orientado suas ações a partir dos determinantes das condições de saúde e da subjetividade dos sujeitos que permeiam a realidade social (PAIVA, 2006).

Uma forma de possibilitar esta concepção de qualidade é a utilização de programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde com o intuito de quantificar esta qualidade nas instituições de saúde. Assim, surge em 2004/2005 o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS, como uma reformulação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, 1998, que era caracterizada por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários (BRASIL, 2004).

O PNASS, apresenta-se com o objetivo de avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos

mesmos, em suas diferentes dimensões, com o intuito de promover um conhecimento mais abrangente da qualidade da assistência prestada nas instituições públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Durante a elaboração do programa foram realizados vários “estudos pilotos”, com o objetivo de avaliar se o Programa traduzia a realidade dos serviços. O primeiro estudo piloto foi realizado em março de 2004 no Estado de Pernambuco. Os municípios escolhidos encontravam-se em Gestão Plena do Sistema, sendo estes: Vertentes com 14.957 habitantes, Caruaru com 253.634 habitantes, Gravatá com 67.273 habitantes e Recife com 1.442.905 habitantes, tendo por base o Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. O segundo estudo piloto foi realizado em maio de 2004 no Estado de Rio Grande do Norte, no município de Natal, único no estado em Gestão Plena do Sistema. Os serviços de saúde foram elencados de acordo com a sua tipologia, tendo por base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Estes estudos pilotos puderam afirmar a viabilidade do programa entretanto nem todas instituições públicas de saúde participaram deste programa possibilitando a ocorrência de déficits de conhecimento em relação à qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Na região Centro-Oeste do país, mais especificamente, na região sul do Estado de Mato Grosso, as instituições de saúde não foram submetidas a esse processo de avaliação, desta maneira, tem-se como proposta, neste estudo, realizar um diagnóstico de qualidade da assistência à saúde, de uma instituição de saúde pública, estadual, colaborando para um processo de implantação e avaliação da qualidade da assistência.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A QUALIDADE DOS SERVIÇOS

A simples observação da realização da prestação de um serviço remete a significância de que forma ele ocorre, o que compreende seu processo e como é possível evoluí-lo. É através de uma reflexão como esta que se baseia uma busca, ou alteração para uma maior satisfação do público consumidor atendido, que culminam em uma necessidade de adequação em serviços, gerando como resultado a qualidade no serviço em desenvolvimento.

Afinal, a qualidade é inerente ao ser humano, tornando-a passível de evolução, e estabelecendo maneiras de minimizar imperfeições que surgem durante o processo de prestação de serviços. O que é intrínseco, quando há a inter-relação entre o setor saúde e a prestação de serviços.

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde é um fenômeno mundial, em decorrência da crescente conscientização de que, na sociedade contemporânea, a qualidade é considerada um requisito indispensável de sobrevivência econômica e, mais importante ainda, segundo alguns uma responsabilidade ética e social (ADAMI, MARANHÃO, 1995).

Nenhum tema de administração é tão comentado nos últimos 20 anos como o da qualidade. Ele é como uma onda súbita e violenta, que varreu o mundo das idéias e das técnicas cristalizadas e estruturadas que regiam o comportamento dos administradores no seu afã de manterem suas empresas vivas e competitivas (MEZOMO, 1992).

Nascida timidamente há meio século, no Japão, arrasado de refazer sua própria casa e de ocupar seu lugar na história, a qualidade tornou-se a única saída administrativa capaz de melhorar serviços e produtos, de conquistar e manter mercados e de melhorar efetivamente a relação custo-benefício. Os japoneses humilhados entenderam que só a qualidade poderia ajudá-los a conquistar os mercados, evitando a falência nacional. E não tiveram dúvida em adotá-la com estratégia para vencer os vencedores. E venceram com produtos (e serviços) de qualidade a preços baixos (MEZOMO, 1992).

Com esta nova concepção e motivando uma nova forma de produzir e desenvolver serviços juntamente com o processo de adaptação as novas redes

sociais globais despertam a busca precisa de medidas eficientes de resolução de problemas, implicados em possibilitar um serviço com uma satisfação maior do cliente, que anteriormente não era levada em consideração.

Na atualidade, a qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

Segundo Haddad (2004) a qualidade ganhou destaque tanto no setor privado como no setor público, como parte dos direitos sociais da população e defendidos pelos movimentos dos consumidores.

Desta forma, a relevância da qualidade em serviços se consolida em uma possibilidade de atuação, seguindo uma temática inovadora de seu gerenciamento, modificando a maneira de realizar uma atividade comercial, esta sendo de produtos ou serviços.

Já não basta produzir, é preciso produzir com qualidade para garantir e manter a competitividade e obter os resultados previstos ou planejados. E se isto se aplica a todos os campos da atividade humana, se aplica ainda mais ao da saúde, pela própria nobreza dos objetivos previstos que são nada mais nada menos do que a qualidade da vida do indivíduo e da comunidade a que ele pertence (MEZOMO, 1992).

A qualidade supõe e exige o envolvimento de todas as funções da organização, não só as funções de produção, mas também as de apoio e de serviço. Supõe e exige o envolvimento de todas as pessoas sem distinção de função e de nível hierárquico: “a qualidade é tarefa de todos”. Supõe e exige ainda que a qualidade acompanhe toda a duração do ciclo de produção do serviço, desde a identificação inicial das exigências e expectativas do paciente até sua satisfação final (MEZOMO, 1992).

A garantia de qualidade vai ao encontro da legítima preocupação do paciente, desejoso de acessibilidade, conforto e segurança dos cuidados que lhe são prestados. Além do mais, os instrumentos e métodos de gestão da qualidade são necessários para o hospital melhorar sua credibilidade e sua eficácia e para justificar sua performance ou desempenho (MEZOMO, 1992).

E é fundamental que a qualidade não seja apenas relativa, mas pró-ativa, em caso contrario organizações pagariam preços demasiadamente elevados e comprometedores. Deve ainda ser pró-ativa porque não é justo que os hospitais se preocupem com qualidade para não colocarem em risco sua sobrevivência. A qualidade de seus serviços deve ser expressão clara de sua crença no valor da pessoa e no sentido transcendental de sua missão (MEZOMO, 1992).

Desta forma, atuando em uma busca contínua de melhoria da qualidade que se resulta a qualidade total, em que a prestação de serviços proporciona atributos de renovação e desenvolvimento de atividades prestadoras de serviço, tendo como retorno a satisfação dos pacientes, que aumentam a credibilidade e perfazem uma ação positiva e atuante da instituição de prestação de serviços de saúde.

A qualidade em serviços, segundo Karl Albrechet citada por LAS CASAS, (1998), em sua obra, é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tenha para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém. Em outras palavras, serviço com qualidade é a aquele que tem a capacidade de proporcionar satisfação.

Para tanto, há uma necessidade de se efetivar uma real conceituação de qualidade em saúde, que entre todas as definições a que possibilita uma maior solidificação é a de Donabedian (2003) que diz “Capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, dos sistemas de saúde e da sociedade, em configurar um conjunto harmônico capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvido, por profissionais treinados e justamente pagos, que os usuários possam utilizá-lo sempre e na medida de suas necessidades, sendo todo esse conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e numa escolha democrática da cidadania”

Desta forma, este grande pensador da qualidade transcende a relevância da aplicação desta teoria como uma forma de constatação da relevância da qualidade total presente na prestação dos serviços de saúde revelando o propósito de uma medida planejada de evolução interinstitucional, que reflete permanentemente em seus recursos humanos, que atuam como força de trabalho e principal bem que a organização possui, aliada a uma evolução no pensamento dos pacientes que passam a acreditar em uma maior satisfação e atendimento de expectativas frente a prestação de serviços.

2.2. AVALIANDO A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade é presente e intrínseca, e o fato de descobri-la permite a valorização do ser humano como pessoa, pelo menos pela necessidade de conquistá-lo para o consumo de serviços, prestados principalmente por instituições provedoras de saúde, neste caso o hospital.

A qualidade é um conceito abstrato constituído por múltiplas dimensões que mudam constantemente. Donabedian (1980) desenvolveu um modelo de avaliação de qualidade baseada em três componentes da qualidade: estrutura, processo e resultados. Esses componentes se tornaram um marco de referência para os instrumentos e padrões de avaliação de qualidade no mundo todo. A avaliação da estrutura consiste na avaliação da capacidade dos prestadores de assistência à saúde, incluindo hospitais, equipamentos, mão-de-obra e financiamento. A avaliação de processo corresponde ao processo de prestação da assistência em si, idealmente baseado em evidência. A avaliação dos resultados consiste na identificação dos resultados finais dos processos de atendimento, geralmente especificados em termos de saúde do paciente, sua segurança e satisfação (BRASIL, 2007).

Qualquer discussão a respeito de qualidade traz implícita ou explícita, a noção de avaliação. Trata-se de um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Ou seja, trata-se de determinar se um certo objeto, descrito e especificado, ao qual se apõe uma definição prévia sobre como deveria ser, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Se por um lado essa preocupação avaliativa existe há muito, por outro ela ganhou impulso com a percepção de que são crescentes os custos da assistência à saúde e limitados os recursos disponíveis para ela (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Expor-se à avaliação é correr o risco de (e estar disposto a) ser considerado menos perfeito do que se gostaria. Ao mesmo tempo, é aumentar a probabilidade de ter, ao final, resultados melhores do que se teria sem ela. Com isso, o que se convencionou chamar de qualidade pode ser mais útil num ambiente mais propício à avaliação, pois ele induz mais à reflexão do que à reprodução acrítica de técnicas e instrumentos prontos com antecedência (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. O fundamental, quando se fala em

avaliação, é ter claro que ela serve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido ou deve ser interrompido. Para isso deve-se explicitar os critérios utilizados, a que necessidades ou interesses esses critérios respondem e quem pode ser favorecido ou prejudicado em presença desses resultados (MALIK; SCHIESARI, 1998).

As organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Pois, independentemente de sua natureza, ambas as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais frente a uma diversidade de interesses divergentes a contemplar (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

Sabemos que os hospitais públicos enfrentam sérios problemas físicos como: superlotação falta de equipamentos e de profissionais para a realização do atendimento, gerando uma situação de estresse tanto para os clientes quanto para os profissionais destas instituições (QUEIROZ *et al*, 2008).

A diversidade de clientes leva a demandas contraditórias e divergentes, sem contar que para boa parte dos serviços o cliente permanece distante, não se fazendo sentir como uma pressão definida. Ainda assim, torna-se cada vez mais clara a demanda por mais opções em termos de fornecimento de serviços, bem como a cobrança por maior compromisso com a população usuária, sem contar a busca ainda incipiente pela demonstração de desempenho efetivo (MALIK; SCHIESARI, 1998).

No entanto, é imprescindível buscar maneiras de combater estas discrepâncias encontradas no setor de prestação de serviços de saúde, visto que ocorre um aprimoramento compatível com a necessidade local, possibilitado pelo gerenciamento da qualidade da assistência hospitalar.

Sabe-se que “Qualidade Assistencial” é um conceito pouco objetivo e que não possui uma métrica possível. Para avaliá-la (e não medi-la) torna-se necessário um conjunto de instrumentos complementares, capaz de identificar tanto os aspectos relativos à estrutura, processos e resultados quanto àqueles relativos à percepção das pessoas que trabalham nos serviços de saúde e daquelas que necessitam utilizar estes serviços (BRASIL, 2007).

Desta forma, a realização de um diagnóstico situacional da qualidade da assistência hospitalar desencadeia uma série de resultados, atividade esta de gerenciamento da assistência hospitalar. Estes resultados são subsídios importantes para um correto e amplo diagnóstico dos serviços de saúde, especialmente dos hospitais. A partir deste diagnóstico, várias oportunidades de melhoria podem ser identificadas, destacando-se a carência de recursos humanos e de sua qualificação e capacitação (BRASIL, 2007).

Portanto, o processo avaliativo da qualidade da assistência hospitalar produzirá dados que influenciarão em futuras tomadas de decisão, como forma de um gerenciamento da qualidade dos serviços hospitalares.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Realizar um diagnóstico da qualidade da assistência à saúde, de uma instituição pública estadual, da região sul do estado de Mato Grosso, utilizando o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os padrões de conformidade da instituição conforme o PNASS
- Conhecer a satisfação dos usuários utilizando o questionário do PNASS.
- Identificar as condições e relações de trabalho dos profissionais no estabelecimento de saúde conforme o PNASS.

4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo de natureza transversal, exploratória e descritiva com abordagem quantitativa, com o intuito de determinar o diagnóstico da qualidade da assistência prestada em um hospital pertencente à rede do SUS.

A pesquisa descritiva constitui um tipo de estudo não-experimental em que podemos observar, descrever e explorar aspectos de uma situação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001). Conforme LoBiondo-Wood e Haber (2001), estudos descritivo/exploratórios nos permitem coletar descrições detalhadas de variáveis existentes e usar os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes, fazendo assim planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o método quantitativo envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando-se de procedimentos estatísticos.

4.2. COLETA DE DADOS

A coleta dos dados com os usuários e trabalhadores da instituição, juntamente com a verificação dos padrões de conformidade, ocorreu no período de 28 de junho de 2010 a 14 de julho de 2010, durante os horários e períodos oportunos à abordagem dos usuários e com esta mesma viabilidade de horário com os trabalhadores.

A coleta dos dados dos padrões de conformidade ocorreu pelos métodos da observação, análise de documentação e análise de prontuários, em que havendo a comprovação do cumprimento do padrão de conformidade verificado, foi atribuída uma marcação positiva, e em caso não cumprimento, foi atribuída à marcação negativa.

A coleta dos dados da pesquisa de satisfação do usuário e a das condições e relações de trabalho dos funcionários da instituição ocorreu pelo método de entrevista através do instrumento do PNASS (anexos II e III). As entrevistas foram realizadas ao lado do leito no caso do usuário e no local de trabalho do funcionário

da instituição, após a apresentação do entrevistador e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice A). O objetivo e sigilo da entrevista foram explicados, solicitando sinceridade nas informações. Vale ressaltar que as duas primeiras perguntas do questionário da pesquisa de satisfação do usuário não foram respondidas pelo fato dos usuários estarem em regime de internação hospitalar e não se aplicarem a esta condição.

4.3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

4.3.1. Amostra dos Usuários

A amostra utilizou os critérios do PNASS adaptados e os critérios de inclusão e exclusão do estudo (apêndice B). O número total de entrevistados foi de trinta (30) usuários, incluídos por terem idade entre 18 e 65 anos, se apresentarem comunicativos, conscientes e orientados no tempo e espaço, estarem a mais de quatro dias internados na instituição e terem aceitado participar do estudo assinando o Termo de Consentimento.

4.3.2. Amostra dos profissionais

A amostragem dos profissionais foi do tipo quota, que segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), refere-se a uma forma de amostragem não probabilística em que o conhecimento a respeito da população de interesse é usado para incorporar uma representatividade a amostra. Uma amostra de quota identifica as camadas da população e representa proporcionalmente as camadas na amostra. Ainda conforme LoBiondo-Wood e Haber (2001), as características escolhidas para formar as camadas são selecionadas de acordo com o julgamento do pesquisador com base no conhecimento da população e da revisão de literatura.

Desta forma a população do estudo foi de 611 funcionários, estes ativos na instituição no momento da coleta de dados¹. Deste total de 611 foram retirados 363 funcionários para a quota da amostra, conforme orientação da amostragem profissional do PNASS (ver apêndice C e Anexo V).

¹ Na instituição estão cadastrados 737 funcionários. Porém, devido à ausência de profissionais por estarem afastados da instituição (férias, licença maternidade, licença médica, licença prêmio e licença especial) foram subtraídos 77 funcionários. Além destes funcionários é somado o número de funcionários que não aceitaram participar da pesquisa (49 funcionários), totalizando um déficit de 126 profissionais a amostra.

4.3.3. LOCAL DA PESQUISA

Instituição de saúde, localizada na cidade de Rondonópolis – MT. Trata-se de uma instituição de caráter público que têm como clientela a população da região sul do Estado do Mato Grosso, encontra-se dividida com uma área em quatro blocos; Bloco I: Ambulatório, Farmácia e Administração; Bloco II: 1º pavimento: Clínica Pediátrica e Clínica Médica; 2º pavimento: Clínica Cirúrgica, Clínica Ortopédica e Agência Transfusional; Bloco III: 1º pavimento: Emergência, Laboratório e Imagem; 2º pavimento: Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Endoscopia; Bloco IV: Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Refeitório, Almoxarifado, Central de Material de Esterilização (CME), Necrotério e Lavanderia.

Trata-se da única instituição hospitalar pública da região sul de Mato Grosso, que presta atendimentos de média e alta complexidade, urgência e emergência. Conta com um potencial de recursos humanos de 737 servidores (concursados pela Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso, contratados pelo estabelecimento, contratados temporários e serviços terceirizados). E por ter a característica de atender toda a região sul do estado do Mato Grosso presta atendimentos para 19 municípios desta região: Alto Araguaia, Alto Garças, Alto Taquari, Araguinha, Campo Verde, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira, Jaciara, Juscimeira, Pedra Preta, Primavera do Leste, Poxoréo, Tesouro, Rondonópolis, Santo Antônio do Leste, São José do Povo e São Pedro da Cipa.

4.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram abordadas três formas de análise dos resultados, uma para cada aspecto de avaliação da qualidade da assistência hospitalar.

Análise dos Padrões de Conformidade

Para a análise dos padrões de conformidade (anexo IV) foram utilizados os critérios do PNASS focando nas normatizações de ações Imprescindíveis e Necessários, e as ações Recomendáveis pelo programa. Os resultados são apresentados em uma tabela com valores absolutos e porcentagens.

Análise da Pesquisa de satisfação dos usuários e das condições e relações de trabalho

Inicialmente, após a coleta, foram dispostos os dados da pesquisa de satisfação do usuário e das condições e relações de trabalho para a sua consolidação utilizando uma planilha, desenvolvida pelo autor utilizando o software Windows Office Microsoft Excel 2007 elaborados para esta análise. Estes dados foram submetidos em seus números reais, gerando sua respectiva porcentagem de valores. Em seguida os dados obtidos foram dispostos em gráficos e tabelas para melhor análise e representatividade.

A partir desta disposição, utilizou-se a metodologia SWOT tornando-se fundamental a avaliação através da correlação dos pontos fortes (Strengths) e dos pontos fracos (Weaknesses) da organização à luz das Oportunidades (Opportunities) e das ameaças (Threats) através de uma busca em atingir uma adequação entre as capacidades internas e as possibilidades externas da organização (MARTINS; TURRIONI, 2002).

O objetivo desta análise é duplo: primeiramente procura identificar fatores-chave internos e externos que afetam a organização e seus mercados. Além disso, possibilita identificar problemas/ vantagens estratégicas. Segundo, através da comparação de forças e fraquezas e oportunidades e ameaças, ajuda na formulação da estratégia (NOGUEIRA, 2007).

4.5. QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pela Instituição de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller – HUJM (protocolo de número 873/CEP – HUJM/2010, anexo VI). Todos os participantes (usuários e funcionários) tomaram conhecimento da pesquisa através do TCLE, foram tratados de forma digna, respeitosa conforme prevê a Lei 196/96.

5. RESULTADOS ENCONTRADOS

5.1. PADRÕES DE CONFORMIDADE

Do roteiro de padrão de conformidade os três (3) blocos, os dezessete (17) critérios e os 102 padrões de conformidade (anexo III) foram avaliados e serão apresentados a seguir.

No quadro Q1 foram analisados os critérios quanto ao seu cumprimento, por seu respectivo grau de representatividade, a partir da definição do PNASS que são os Padrões **Imprescindíveis (02)**, **Necessários (02)** ou **Recomendados (02)**. O cumprimento desses padrões apresenta o comprometimento da instituição com as Normas Reguladoras de avaliação do PNASS.

A análise identifica que foi evidenciado o cumprimento dos padrões **Imprescindíveis** em todos os dezessete (17) critérios avaliados; dos padrões **Necessários** doze (12) foram atingidos em 100% de cumprimento e cinco atingiram 50% de cumprimento; dos padrões **Recomendáveis** nove (09) atingiram 100%, cinco (05) atingiram 50% e em três (03) não houve cumprimento de nenhum padrão.

BLOCOS	CRITÉRIOS	Padrões atendidos			% Padrões Atendidos		
		Imp	Nec	Rec	Imp	Nec	Rec
I – gestão Organizacional	1. Liderança e Organização	02	02	02	100%	100%	100%
	2. Demanda, Usuários e Sociedade	02	01	0	100%	50%	0%
	3. Gestão da Informação	02	01	02	100%	50%	100%
	4. Gestão de Pessoas	02	01	01	100%	50%	50%
II - apoio técnico e logístico	5. Gerenciamento de Risco	02	02	01	100%	100%	50%
	6. Gestão da Infra-Estrutura Física	02	02	02	100%	100%	100%
	7. Gestão de Equipamentos	02	02	02	100%	100%	100%
	8. Gestão de Materiais	02	02	02	100%	100%	100%
	9. Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas	02	02	02	100%	100%	100%
	10. Alimentação e Nutrição	02	02	01	100%	100%	50%
	11. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)	02	01	02	100%	50%	100%
12. Serviços de Hemoterapia	02	02	0	100%	100%	0%	
III - gestão da Atenção	13. Humanização da Atenção	02	02	01	100%	100%	50%

À saúde	14. Atenção Imediata – Urgência/Emergência	02	02	02	100%	100%	100%
	15. Atenção em Regime de Internação	02	02	01	100%	100%	50%
	16. Atenção em Regime de Terapia Intensiva	02	02	02	100%	100%	100%
	17. Atenção Cirúrgica e Anestésica	02	01	0	100%	50%	0%

Quadro Q1: Porcentagem de critérios atendidos pelo padrão de conformidade do PNISS

Imp: Número de padrões de conformidade Imprescindíveis

Nec: Número de padrões de conformidade Necessários

Rec: Número de padrões de conformidade Recomendáveis

Outra análise a ser realizado e que demonstra os resultado de um processo de avaliação é a observação direta dos 3 blocos, com seus 17 critérios e 102 padrões de conformidade.

No quadro Q2 abaixo observa-se que: no Bloco I – Gestão Organizacional apenas o Critério I- Gestão e Liderança atingiu 100% dos seus padrões, os demais que são Critério II- Demanda, usuário e sociedade, Critério III - Gestão da Informação e Critério IV – Gestão de Pessoas. apresentaram déficits tanto nos padrões necessários quanto nos recomendáveis; no Bloco II – Apoio Técnico e Logístico quatro critérios atingiram 100% sendo estes o Critério VI – gestão da infraestrutura física, Critério VII – Gestão de Equipamentos, Critério VIII – Gestão de Materiais, Critério IX – Higiene e Processamento de Roupas, entretanto os outros quatro Critério 5- Gerenciamento de Risco, Critério 10 – Alimentação e Nutrição, Critério 11 – Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia e o Critério 12 - Serviço de Hemoterapia não cumpriram os padrões necessários e recomendáveis e, no Bloco III – Gestão da Atenção em Saúde dois critérios atingiram 100% e foram os Critérios 14 – Atenção imediata Urgência e Emergência e Critério 16 – Atenção em Regime de Terapia Intensiva e os outros dois Critérios 13 – Humanização da Atenção e Critério Atenção Cirúrgica e Anestésica não atingiram os necessários e os recomendáveis.

I - BLOCO DE GESTÃO ORGANIZACIONAL
CRITÉRIO 1. LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO
O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.
O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.
As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.
Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.
Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.
CRITÉRIO 2. DEMANDA , USUÁRIO E SOCIEDADE
Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.

Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.
Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.
Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.
Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.
Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.
CRITÉRIO 3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO
Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.
Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.
Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.
Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.
Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.
Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.
CRITÉRIO 4 GESTÃO DE PESSOAS
Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.
Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.
Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.
O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.
Há política de educação permanente.
O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.
II - BLOCO DE APOIO TÉCNICO LOGÍSTICO
CRITÉRIO 5 GERENCIAMENTO DE RISCO
Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.
A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.
Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.
Realiza o controle de vetores.
Há programa de educação permanente em controle de infecção.
O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.
CRITÉRIO 6 Gestão da Infraestrutura Física
Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.
Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.
Realiza manutenção predial corretiva.
O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.
Garante condições de segurança contra incêndio.
As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.
CRITÉRIO 7 GESTÃO DE EQUIPAMENTOS
Os equipamentos (autoclaves e/ou raios-X) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.
Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.
O equipamento tem registro na ANVISA
Há manutenção preventiva dos equipamentos.
Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.
Todos os equipamentos estão inventariados
CRITÉRIO 8 - GESTÃO DE MATERIAIS
O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).
Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.
Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.
Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.
Realizam ações de farmacovigilância.
Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.
CRITÉRIO 9 - HIGIENE DO AMBIENTE E PROCESSAMENTO DE ROUPAS
A diluição dos saneantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado.
São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário.
O transporte e o processamento de roupas limpas e sujas ocorre sem que haja o contato direto das mesmas.
Os procedimentos e rotinas de limpeza e desinfecção são registrados, supervisionados e estão em locais

disponíveis e de fácil acesso.
Os saneantes usados são registrados junto a ANVISA
Existem ações de educação permanente em higienização do ambiente e processamento de roupas.
CRITÉRIO 10 – ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
É assegurado o fornecimento de refeições aos pacientes, conforme prescrição nutricional.
O preparo e acondicionamento das refeições são realizados de acordo com o Manual de Boas Práticas de Transporte e Fabricação de Alimentos.
A Unidade de Alimentação e Nutrição é supervisionada por Nutricionista.
Os serviços e produtos adquiridos ou contratados estão de acordo com a legislação vigente
Existem ações de educação permanente para os profissionais envolvidos em alimentação e nutrição.
Há educação alimentar para pacientes e familiares visando à recuperação e manutenção da saúde.
CRITÉRIO 11 – SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA
Os técnicos que realizam os procedimentos são habilitados e responsáveis pela emissão dos laudos.
O técnico executante dos exames de SADT está habilitado para a realização dos exames.
Os locais para realização dos exames são específicos e com condições ideais para realização dos procedimentos.
Os exames são identificados de maneira legível e completa desde a solicitação até o resultado.
Há mecanismos para verificar e minimizar os processos.
Há mecanismos para avaliar sistematicamente a pertinência de solicitações de exames.
CRITÉRIO 12 – SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA
A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista ou outro profissional capacitado por órgão competente.
Os hemoderivados e hemocomponentes atendem aos requisitos de rastreabilidade e segurança (validade, identificação e estocagem) desde a aquisição até a administração ao paciente.
Os profissionais que atuam em hemoterapia são capacitados.
O serviço realiza ações de hemovigilância.
Existe comitê transfusional.
Existem ações de educação permanente para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.
BLOCO III – GESTÃO DE ATENÇÃO A SAÚDE
CRITÉRIO 13 - HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.
Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.
Há a garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade.
Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.
Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.
Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.
CRITÉRIO 14 - ATENÇÃO IMEDIATA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
A unidade possui infra-estrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.
A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral.
A unidade conta com análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia e radiologia convencional.
Os profissionais que atuam em urgência e emergência têm capacitação específica.
Utilizam protocolos de urgência e emergência na prática diária.
Existe gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato.
CRITÉRIO 15 – ATENÇÃO EM REGIME DE INTERNAÇÃO
A unidade de internação possui médico disponível no estabelecimento em tempo integral para o atendimento imediato.
A unidade de internação possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio destinado ao atendimento imediato.
O dimensionamento da equipe e planejamento das ações de assistência é baseado nas necessidades individuais do paciente.
A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, minimizando ações desnecessárias.
Os manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.
A unidade orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.
CRITÉRIO 16 – ATENÇÃO EM REGIME DE TERAPIA INTENSIVA
A unidade dispõe de um responsável técnico habilitado em terapia intensiva e de médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem exclusivos em período integral.
A unidade possui, para uso exclusivo, carro de parada ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória.
O número de leitos de terapia intensiva é compatível com o número de leitos do estabelecimento como um todo.
A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito.
A equipe multiprofissional é complementada por fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.
A unidade calcula índices prognósticos e taxa de reinternação para subsidiar o gerenciamento da qualidade.

CRITÉRIO 17 – ATENÇÃO CIRÚRGICA
A unidade dispõe de roupas, equipamentos e materiais para a realização das cirurgias eletivas e mantém uma margem de segurança em estoque em casos de urgência.
A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.
A unidade dispõe de sistema centralizado e dutado de gases medicinais.
A unidade gerencia o tempo de permanência do paciente na Recuperação Pós-anestésica (RPA) e garante a atenção por anestesista.
Todos os pacientes cirúrgicos recebem atendimento pré-anestésico por anestesista.
A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.

Quadro Q2: Padrões de conformidade cumpridos na instituição. Os critérios coloridos obtiveram o cumprimento constatado e os critérios em sem coloração não obtiveram o cumprimento.

5.2. Pesquisa de satisfação do usuário

Foram realizadas 30 entrevistas com pacientes em regime de internação hospitalar, destes 73% foram do sexo masculino, 27% do sexo feminino; 60% apresentava a idade entre 40 e 59 anos, 26,66% com idade entre 20 e 39 anos e 10% apresentava idade superior a 60 anos. Quanto ao nível de instrução 36,66% possuíam o ensino médio, 26,66% possuíam o ensino fundamental e básico, 10% são analfabetos e nenhum usuário possuía nível superior. Quanto à especialidade de internação destacam-se os usuários da ortopedia com um total de 66,66%, 10% usuários da cirurgia geral e 13,33% de usuários da medicina interna.

Foi aplicado o questionário de satisfação da assistência à saúde (anexo II) o qual determinou os seguintes resultados:

Do total de pacientes entrevistados, quando questionados quanto ao tempo de seu atendimento (Gráfico 01), 83% relataram que o atendimento não demorou e quando perguntado como ele se sentiu, sobre esse tempo, 93% dos usuários apresentaram aprovação (muito satisfeito e satisfeito).

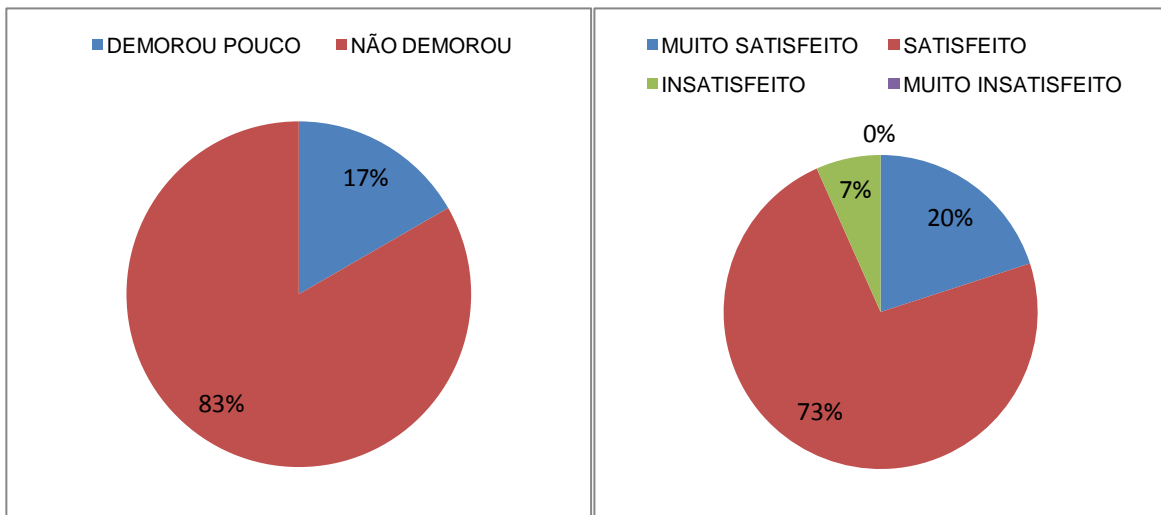


Gráfico 01: Tempo para a realização do atendimento e a satisfação

Quanto à humanização do atendimento (Gráfico 02) 100% dos usuários identificaram o interesse, respeito e educação prestada pelos profissionais, com uma aprovação positiva (muito satisfeito e satisfeito) em 97% dos questionários.

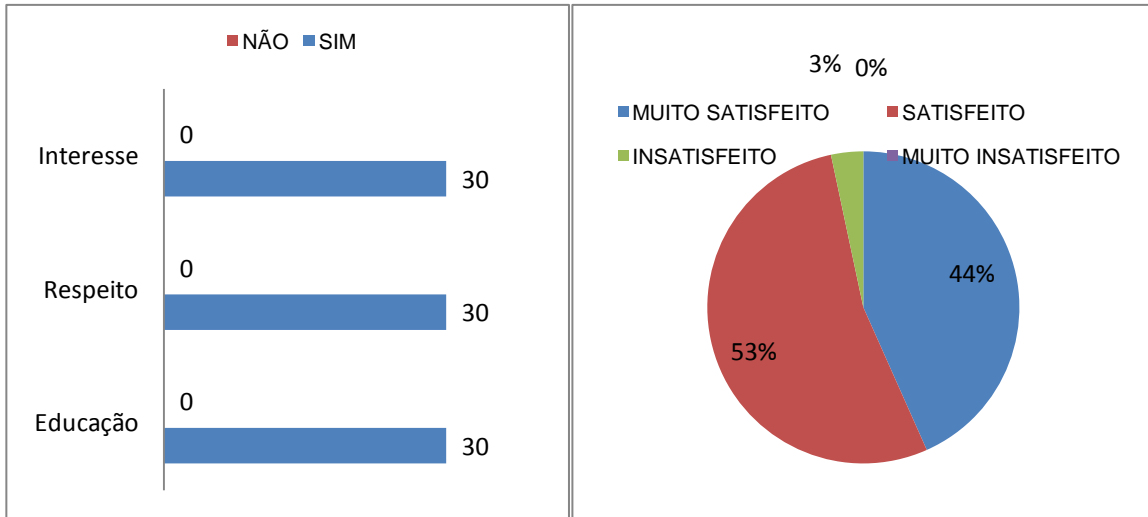


Gráfico 02: Humanização na atenção a saúde

Quando questionados sobre a limpeza dos ambientes (Gráfico 03) obteve-se uma aprovação (muito bom e bom) em 77% dos questionários, e uma desaprovação de 03% (muito ruim) quanto a esta característica.

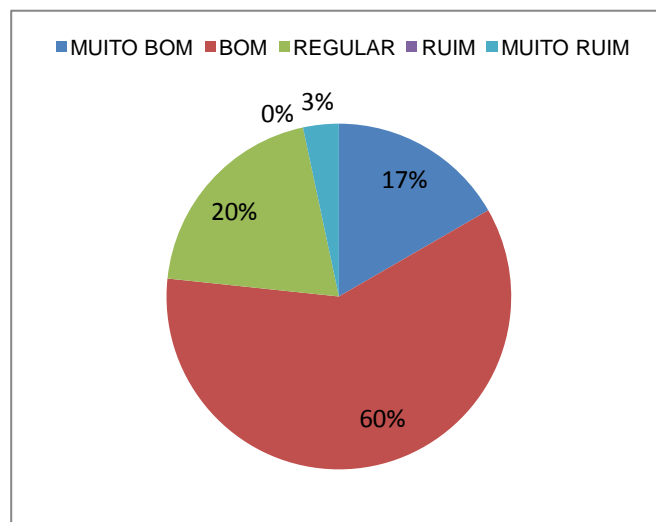


Gráfico 03: Limpeza dos ambientes

O conforto dos ambientes (Gráfico 04) também foi aspecto positivo, com 80% (muito bom e bom) de aprovação pelos usuários.

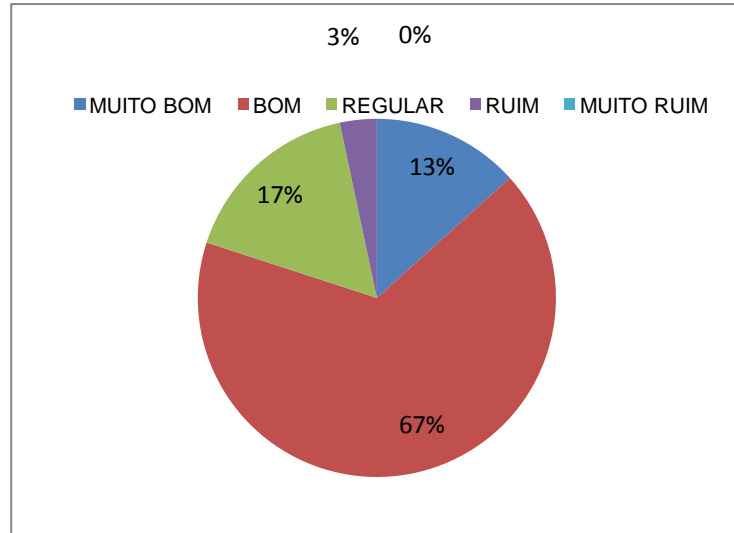


Gráfico 04: Conforto dos ambientes

Quando questionados os usuários sobre a sinalização e localização (Gráfico 05) dentro da instituição hospitalar 60% encontraram o local onde precisavam ir, 33% não perceberam a sinalização e localização e 7% não conseguiram se localizar dentro da instituição.

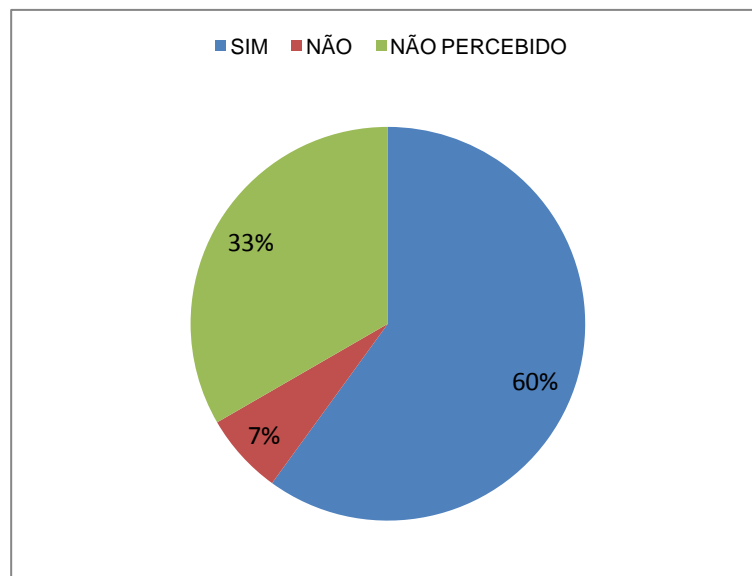


Gráfico 05: Sinalização e localização

Sentir confiança na equipe de saúde durante o atendimento foi um fator positivo, conforme demonstrado no Gráfico 06, em que houve aprovação de 90% dos usuários entrevistados, e nenhuma reprovação.

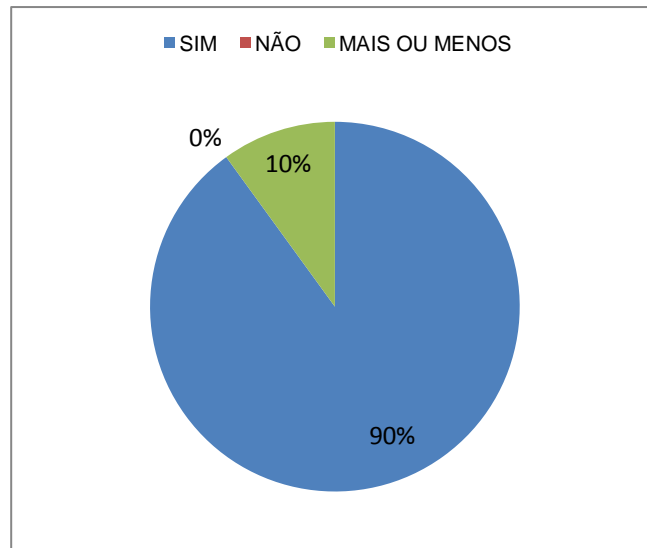


Gráfico 06: Confiança na equipe de saúde

As roupas fornecidas pela instituição (Gráfico 07) foram, em sua maioria, consideradas limpas e confortáveis e com uma positividade (muito satisfeito e satisfeito) de 93% satisfação, e apenas 7% de insatisfação.

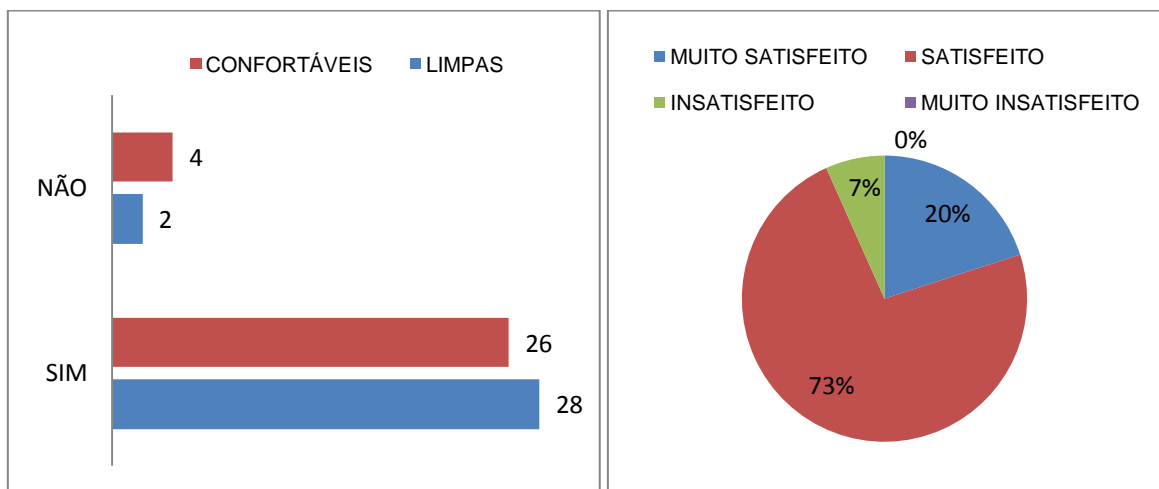


Gráfico 07: Satisfação das roupas fornecidas pelo estabelecimento

A alimentação fornecida (Gráfico 08) também foi avaliada obtendo positividade (muito satisfeito e satisfeito) com 97% de satisfação.

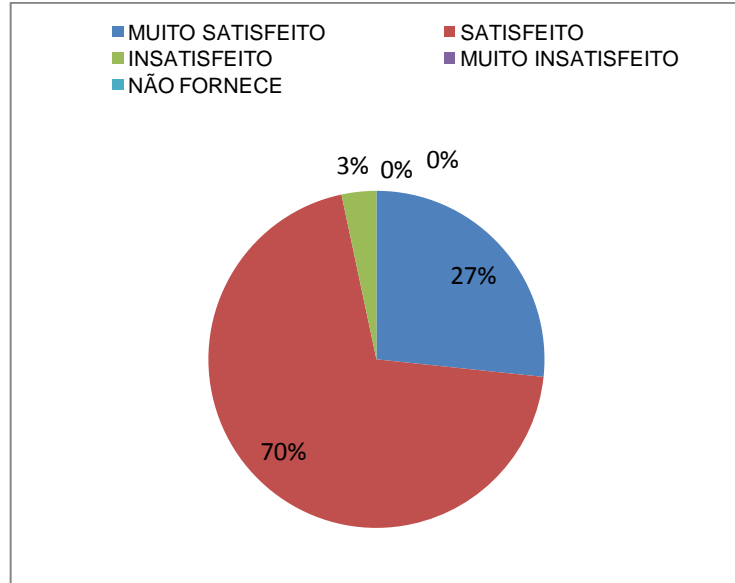


Gráfico 08: Alimentação fornecida pela instituição

Quanto a informações sobre o estado de saúde dos usuários (Gráfico 09) 87% foram informados e 13% não foram informados.

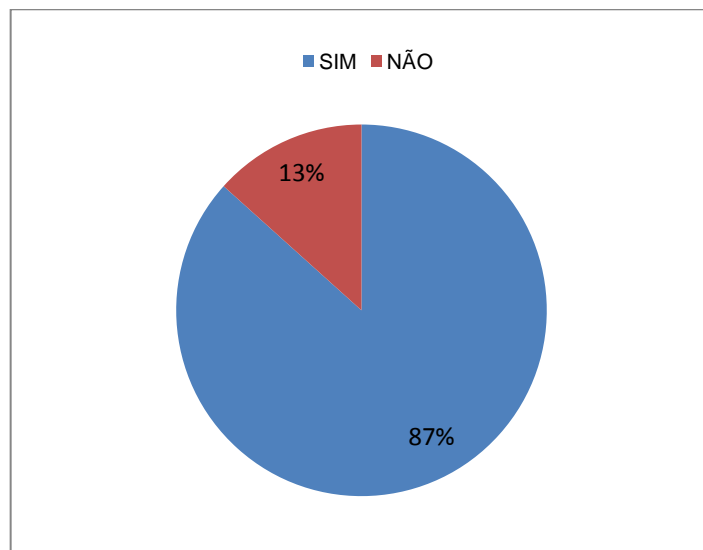


Gráfico 09: Informações de saúde aos usuários

Este dado anterior entra em consonância, quando questionado sobre o conhecimento do nome do profissional que presta assistência (Gráfico 10), 73% sabiam o nome e 23% não sabiam o nome do profissional que fez o seu atendimento.

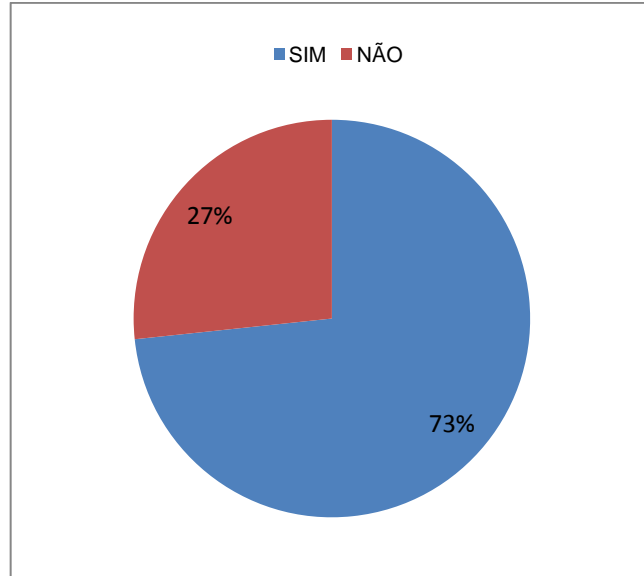


Gráfico 10: Nome do profissional que fez o atendimento à saúde

Quando questionados os usuários sobre o conhecimento de saber onde reclamar qualquer atendimento mal realizado (Gráfico 11) 53% dos usuários entrevistados responderam não saber e 47% sabiam onde fazer a reclamação.

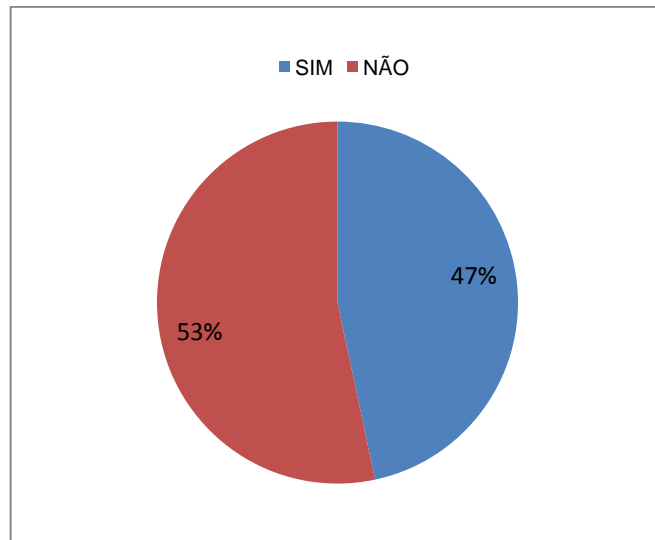


Gráfico 11: Reclamar em atendimento mal realizado

Aos usuários entrevistados sobre o tempo de permanência de visita na unidade de internação (Gráfico 12) 47% dos usuários relataram que o tempo de permanência é menor do que gostariam 43% dos usuários afirmaram que o tempo é como gostariam, 3% dos usuários afirmaram que o tempo é maior que gostaria e 7% dos usuários entrevistados não recebem visita.

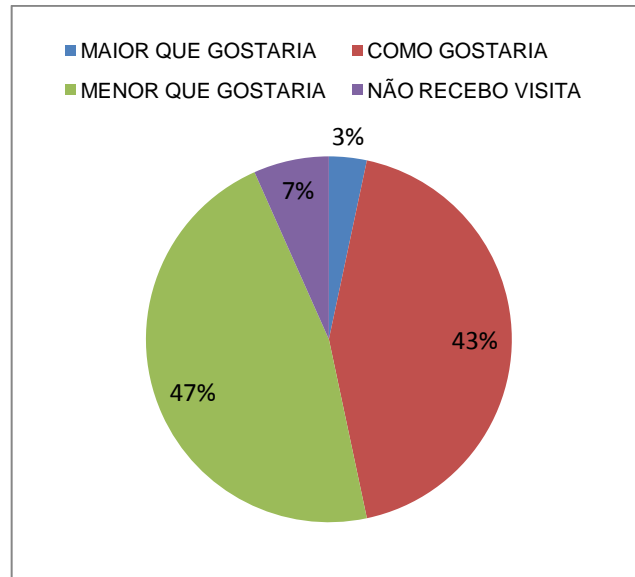


Gráfico 12: Tempo de permanência na visita a unidade de internação

Ao questionamento sobre a garantia do estabelecimento ao acompanhante de alimentação e acomodações (Gráfico 13) 23,33% dos usuários não possuíam acompanhantes, dos que possuíam 46,66% não tinham garantido acomodações satisfatórias e 30% não tinham garantido alimentação.

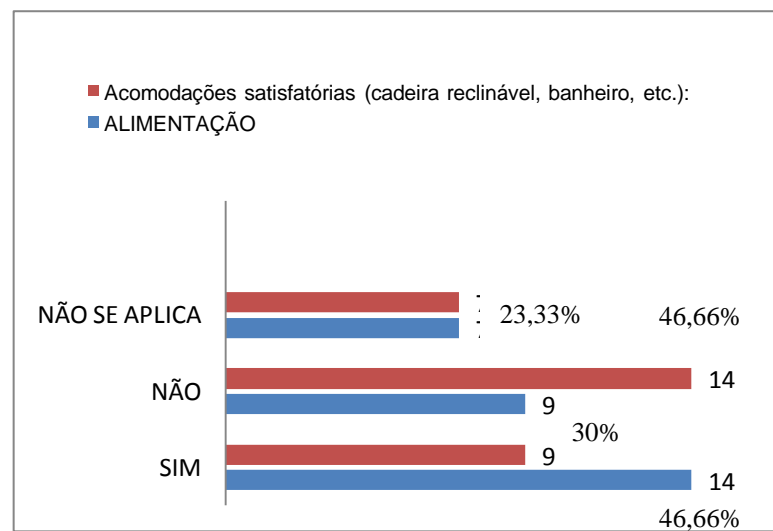


Gráfico 13: Garantia do estabelecimento ao acompanhante

Quando, aos usuários questionados sobre a presença de acompanhante a livre escolha (Gráfico 14), 67% dos usuários afirmaram que gostariam e 33% dos usuários afirmaram que não gostariam de ter acompanhante a sua livre escolha.

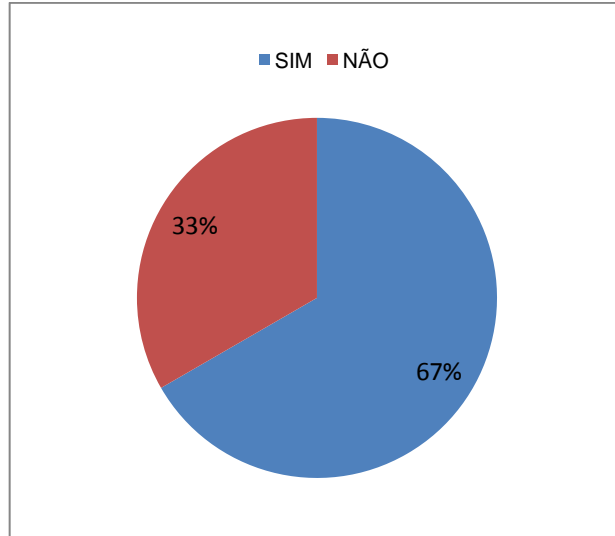


Gráfico 14: Acompanhante a sua livre escolha

Os usuários questionados em 100% afirmaram não terem efetuado pagamento pelo atendimento recebido na instituição. (Gráfico 15).

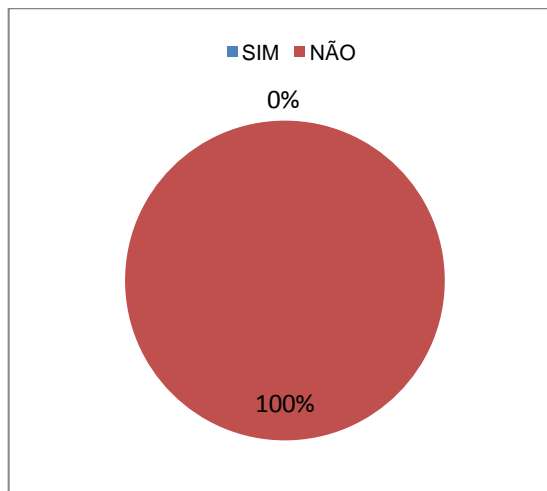


Gráfico 15: Pagamento por atendimento recebido

Quanto à expectativa do atendimento a saúde do estabelecimento (Gráfico 16) foi positiva o reconhecimento, com 73% dos usuários considerando o atendimento melhor do que imaginava, 17% dos usuários considerando igual ao que imaginava, 07% dos usuários considerando pior do que imagina e 03% dos usuários não imaginavam o atendimento da instituição.

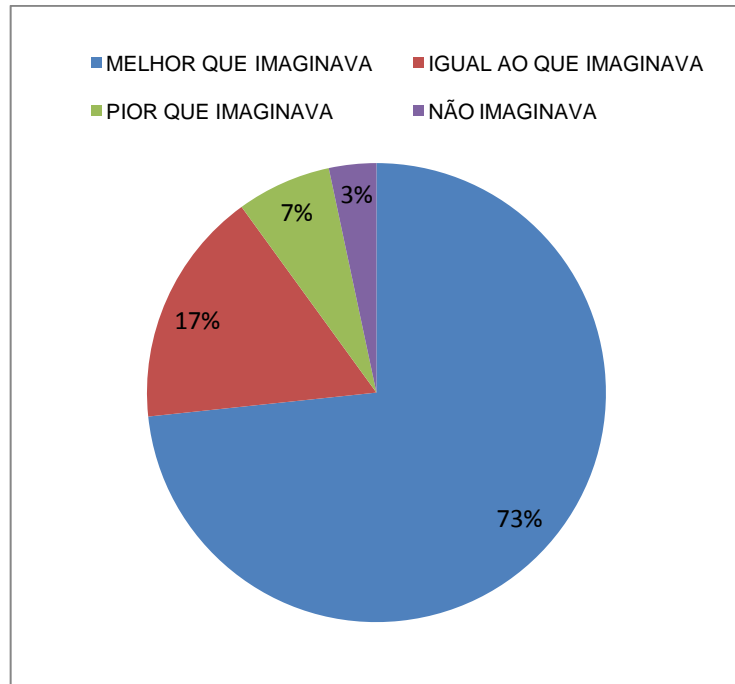


Gráfico 16: Expectativa do atendimento a saúde

5.2. Pesquisa de condições e relações de trabalho

Foram realizadas 153 entrevistas com os profissionais da instituição de saúde, sendo que destes profissionais 73% são do sexo feminino e 27% são do sexo masculino, 34,64% eram profissionais de nível superior, 21,56% eram profissionais com capacitação técnica, 26,79% profissionais assistentes e 6,53% profissionais de serviços terceirizados. Quanto ao vínculo empregatício 53,59% são concursados pela Secretaria Estadual da Saúde de Mato Grosso, 23,52% são contratados pelo próprio estabelecimento em regime de CLT, 16,33% são contratados temporários em regime de CLT e 6,53% são trabalhadores de empresas terceirizadas que prestam serviços a instituição. Destes profissionais 77,77% trabalham 40 horas semanais, 14,37% trabalham 30 horas semanais, 5,88% trabalham 24 horas semanais e 1,93% trabalham 20 horas semanais.

Foi aplicado o questionário de condições e relações de trabalho (anexo III) o que determinou os seguintes resultados:

Quanto a carga de trabalho 77% dos trabalhadores a julgaram normal e 23% julgaram a carga de trabalho alta (Gráfico 17).

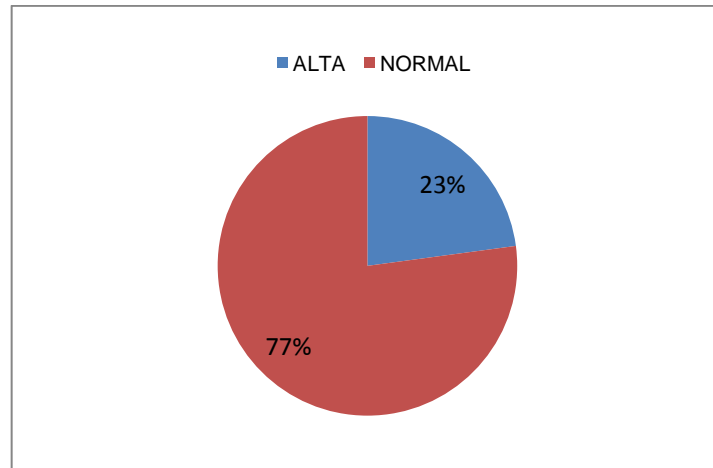


Gráfico 17: Julgamento da carga de trabalho

O tamanho (dimensionamento da equipe) (Gráfico 18) foi considerado positivo (muito bom e bom) por 61% dos profissionais e negativo (muito ruim e ruim) por 16% dos profissionais.

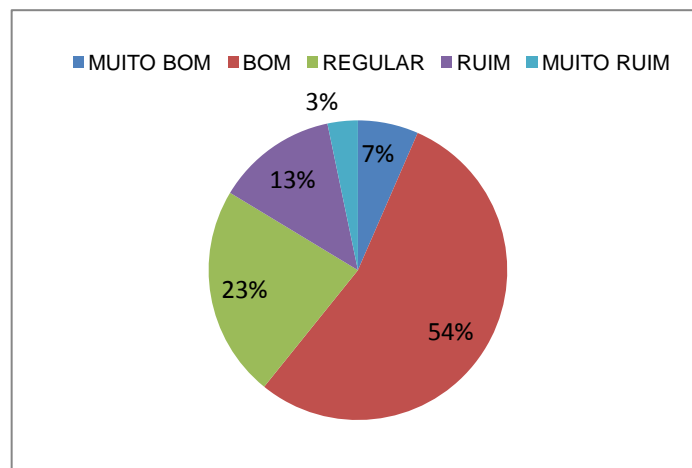


Gráfico 18: Julgamento do tamanho (dimensionamento da equipe)

A distribuição das tarefas (gráfico 19) foi considerada positiva (muito bom e bom) ao julgamento de 64% dos trabalhadores e negativa (muito ruim e ruim) por 08% dos trabalhadores da instituição.

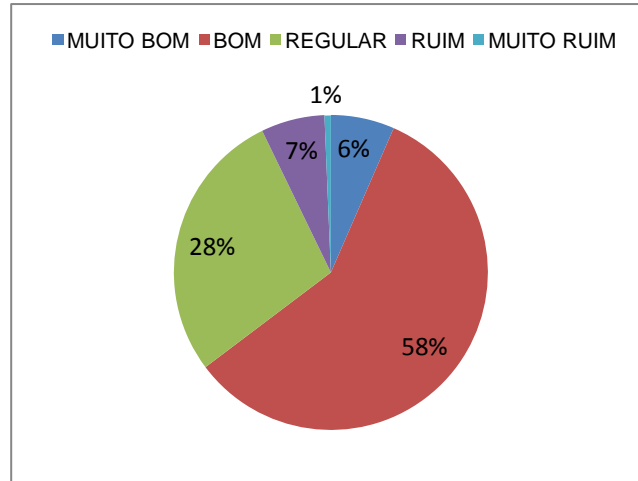


Gráfico 19: Julgamento da distribuição das tarefas

Quanto à segurança para a execução do trabalho (Gráfico 20) o julgamento dos trabalhadores obteve uma positividade (muito bom e bom) de 45%, foi considerado regular em 37% das entrevistas e negativo (muito ruim e ruim) por 18% dos profissionais entrevistados.

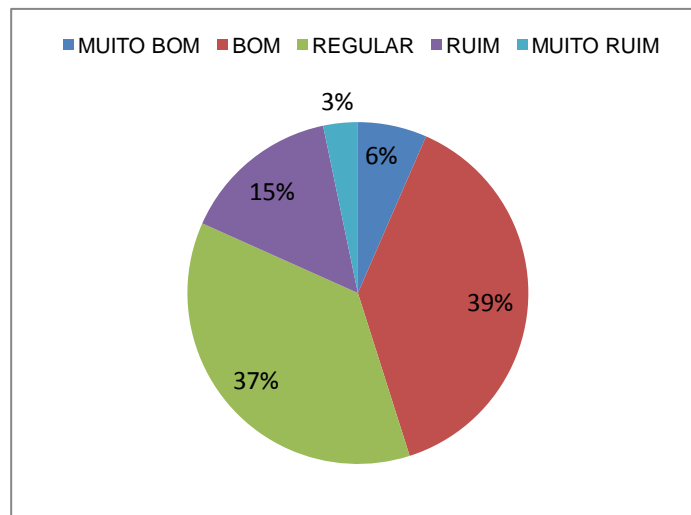


Gráfico 20: Julgamento da segurança para a execução do trabalho

As acomodações e mobiliário (Gráfico 21) demonstram a negatividade (muito ruim e ruim) do julgamento dos profissionais quanto a este aspecto, por 40% dos profissionais entrevistados, 32% consideraram regular e apenas 28% dos profissionais consideraram positivo (muito bom e bom) este item questionado.

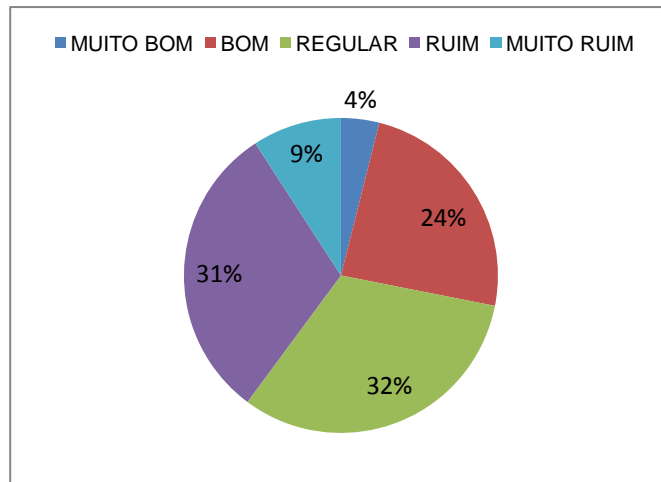


Gráfico 21: Julgamento das acomodações e mobiliário

Quanto à higiene do ambiente (Gráfico 22) demonstra a positividade (muito bom e bom) do julgamento dos profissionais em 47% dos questionamentos, regular em 36% e negativo (muito ruim e ruim) em 17% das entrevistas.

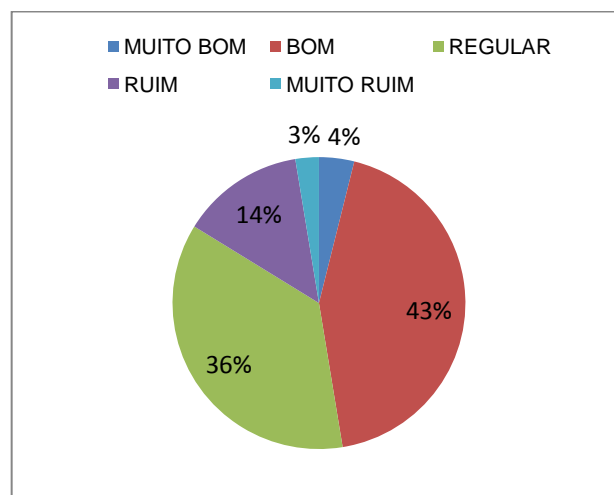


Gráfico 22: Julgamento da higiene do ambiente

A disponibilidade de materiais e equipamentos (Gráfico 23) surge com um julgamento de relevância descrita, pois, 44% dos profissionais julgaram regular este questionamento, 26% julgaram negativo (muito ruim e ruim) e 30% julgaram positivo (muito bom e bom) este quesito. Porém, ao somar a porcentagem de trabalhadores que não julgaram positivo este quesito surgem 70% de trabalhadores que não estão satisfeitos com disponibilidade de materiais e equipamentos oferecidos pela instituição.

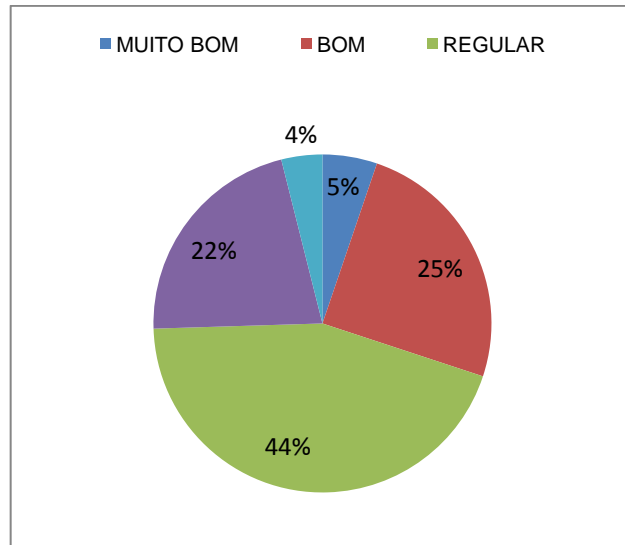


Gráfico 23: Julgamento da disponibilidade de materiais e equipamentos

Quanto ao salário (Gráfico 24) houve uma grande porcentagem de positividade (muito bom e bom) por 65% dos trabalhadores, 29% consideraram regular e 6% consideraram negativo (muito ruim e ruim).

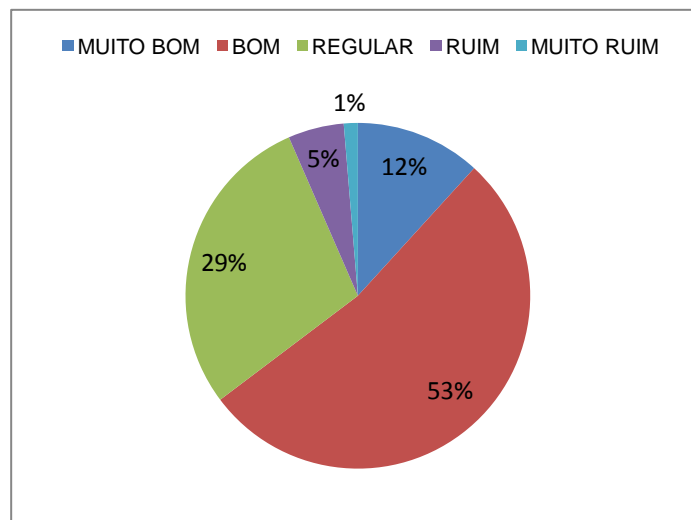


Gráfico 24: Julgamento do Salário

A medicina do trabalho (Gráfico 25) apresenta uma negatividade enfática dos profissionais, com um julgamento negativo (muito ruim e ruim) em 41% dos profissionais entrevistados e 31% consideraram regular o representa a insatisfação dos profissionais com este serviço do estabelecimento. A positividade (muito bom e bom) foi representada 28% dos profissionais.

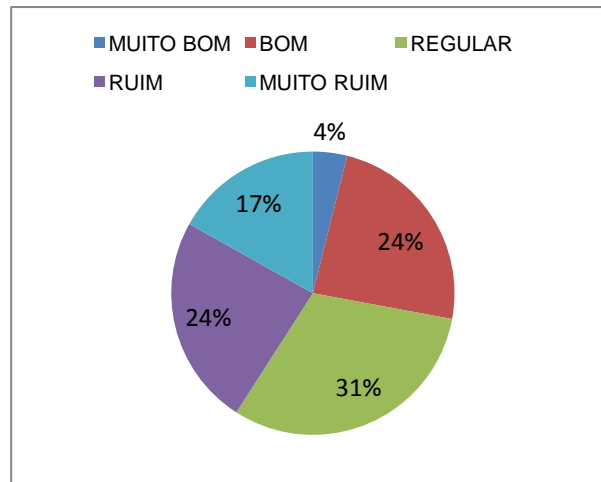


Gráfico 25: Julgamento da medicina do trabalho

O relacionamento com a chefia imediata (Gráfico 26) demonstra a enfática positividade (muito bom e bom) dos profissionais em 91%.

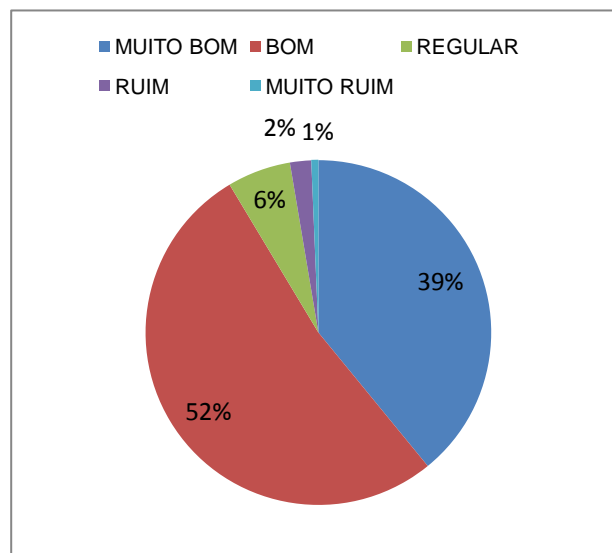


Gráfico 26: Julgamento do relacionamento com a chefia imediata

Quanto ao estímulo do estabelecimento ao trabalho (Gráfico 27) também se apresenta positivo (muito bom e bom) em 62% dos trabalhadores, regular por 22% e negativa (muito ruim e ruim) por 16% dos trabalhadores.

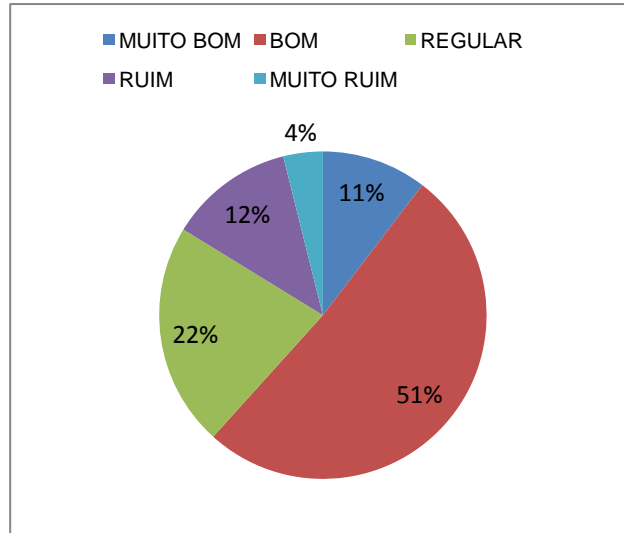


Gráfico 27: Julgamento do estímulo do estabelecimento ao trabalho

A valorização do trabalho (Gráfico 28) também é enfatizada pela positividade (muito bom e bom) por 64% dos trabalhadores, 24% considerou regular e apenas 12% dos trabalhadores consideraram negativa (muito ruim e ruim).

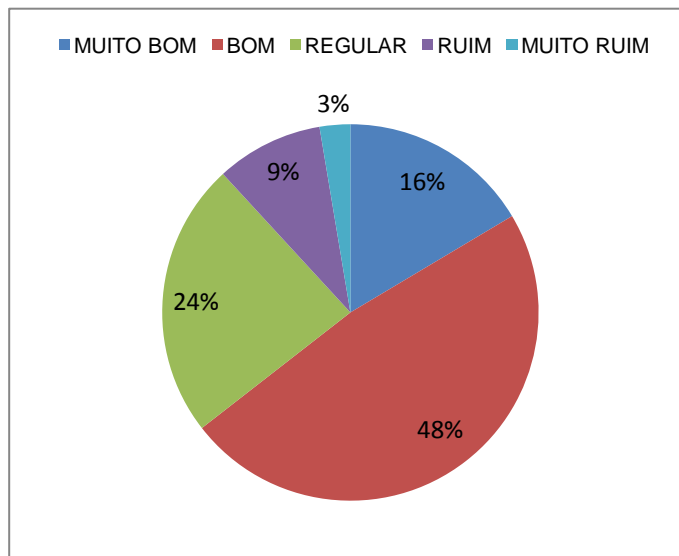


Gráfico 28: Julgamento da valorização do trabalho

Quando questionado os trabalhadores sobre as atividades realizadas estão de acordo com o cargo e função para a qual foi contratado (Gráfico 29) 86% afirmaram estarem desenvolvendo as atividades e 14% afirmaram não estar desenvolvendo as atividades para as quais foi contratado. Observando que se torna presente o desvio e sobrecarga de funções.

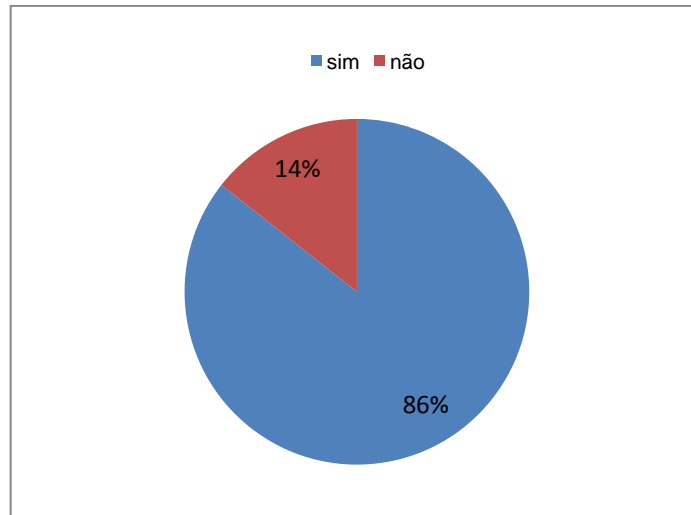


Gráfico 29: Atividades realizadas de acordo com o cargo e função conforme contrato

Quando questionado os trabalhadores sobre a motivação no serviço (Gráfico 30) 79% responderam de forma positiva e presente e 21% negaram a presença de motivação para a execução das atividades.

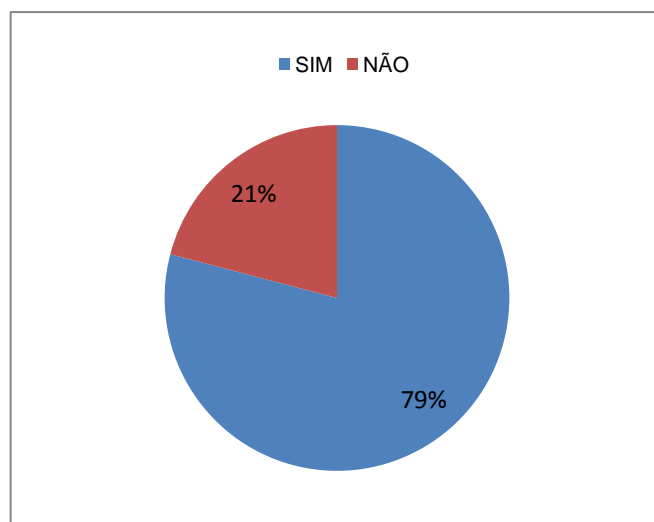


Gráfico 30: Motivação no serviço

A participação nas reuniões de equipe quando ocorrem (Gráfico 31) foi positiva em 96% dos profissionais entrevistados e negativa em apenas 04% destes profissionais.

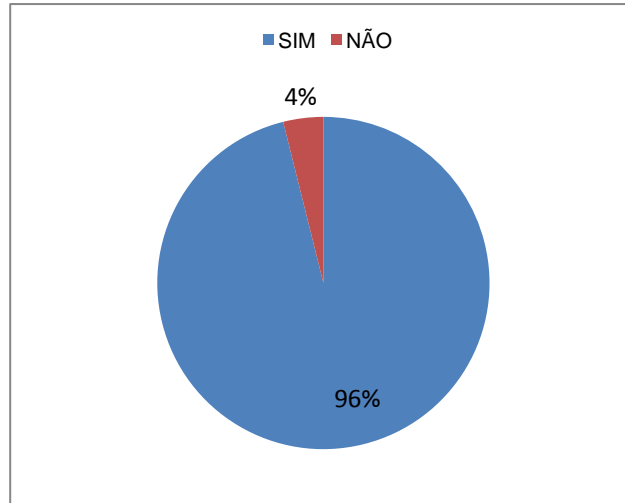


Gráfico 31: Participação nas reuniões de equipe

Ao questionar sobre a existência de um local onde acolha as opiniões, reclamações e dificuldades (Gráfico 32) 64% dos profissionais relataram o conhecimento positivo e 36% dos profissionais relataram não ter o conhecimento deste local na instituição.

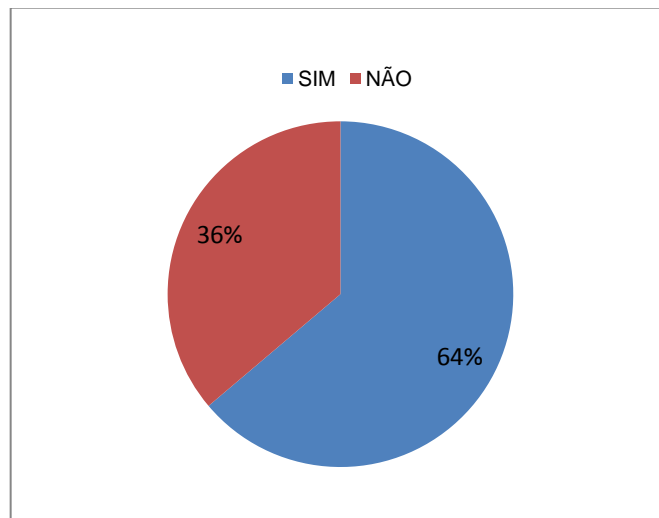


Gráfico 32: Existência de um local que acolha as opiniões, reclamações e dificuldades

Quando questionado aos trabalhadores se indicariam o estabelecimento de saúde para algum amigo ou parente (Gráfico 33) houve a positividade nas respostas por 86% dos trabalhadores e apenas 14% dos trabalhadores não indicariam o estabelecimento de saúde para algum amigo ou parente.

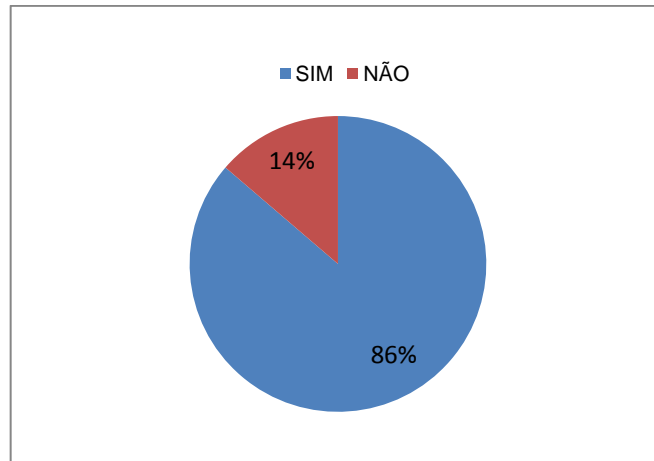


Gráfico 33: Indicação do estabelecimento de saúde para algum amigo ou parente

Considerando, de uma forma geral a opinião dos profissionais sobre como eles consideram o estabelecimento de saúde (Gráfico 34) torna-se enfática a positividade (muito bom e bom) representando 56% dos profissionais entrevistados, 40% consideraram regular e apenas 04% consideraram negativo (ruim) o estabelecimento de saúde.

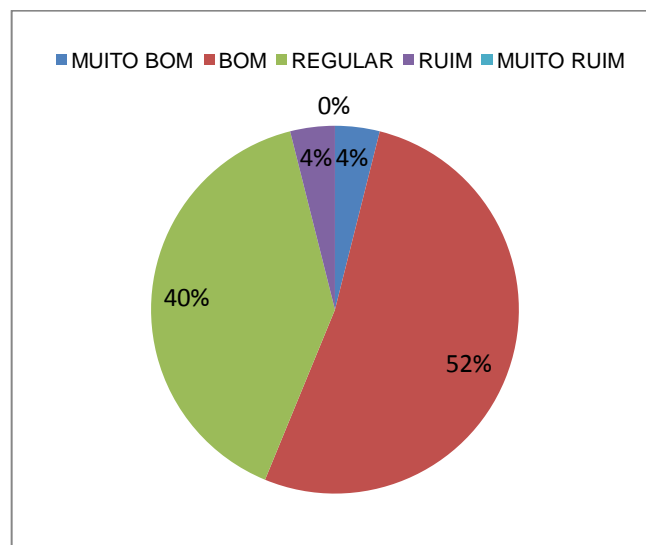


Gráfico 34: Consideração geral do estabelecimento de saúde

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1. Padrões de Conformidade

Ao analisarem-se os resultados dos dados coletados observou-se que a instituição analisada apresentou todos os padrões de controle de riscos imediatos aos usuários, definidos pelo PNISS como **Imprescindíveis**, totalmente atingidos possibilitando a compreensão de que a instituição já possui um trabalho que gerenciamos de qualidade.

Entretanto, os padrões definidos como **Necessários**, e que podem acarretar riscos imediatos tanto na assistência a saúde do usuário como na gestão institucional foram parcialmente atingidos, tornando possível a visibilidade necessária a estes recursos ausentes e que haja atenção e investimento para a concretização estes padrões, que são: Falta de divulgação a sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem; inexistência de Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata; falta de avaliação dos funcionários periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho; falta identificadas maneira legível e completa desde a solicitação até o resultado dos exames; o não gerenciamento do tempo de permanência do paciente na Recuperação Pós-anestésica (RPA) e da garantia da atenção por anestesista.

Da mesma forma como ocorreu o não cumprimento dos padrões de conformidade **Necessários**, ocorreu a presença do não cumprimento de padrões de conformidade **Recomendáveis** que não estão descritos em NR's, porém, determinam um diferencial de qualidade na prestação da assistência a saúde do usuário. Os padrões não atingidos totalmente, informado pelos respondentes foram: Falta de medição e avaliação da satisfação e do desempenho dos trabalhadores, ausência da execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Inexistência de ações de educação permanente para os profissionais envolvidos em alimentação e nutrição, inexistência de comitê transfusional, inexistência de ações de educação permanente para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados, inexistência de mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde, inexistência de Manuais de normas, rotinas e procedimentos

atualizados e disponíveis, ausência de atendimento pré-anestésico por anestesista e ausência de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado na unidade de bloco cirúrgico. O cumprimento destes padrões permitem a instituição uma melhor abordagem na atenção a saúde prestada pelos profissionais com seu resultado direto na assistência ao usuário.

6.2. Correlação do PNASS com Instituição avaliada

Os dados obtidos no relatório final do PNASS (BRASIL, 2007) surgem como dados a serem comparados com os coletados na instituição. Esta análise permite uma visão local dos aspectos positivos e negativos encontrados, de forma a definir a sua correlação com os dados obtidos nacionalmente.

Ao compararem-se os dados encontrados no relatório final do PNASS (BRASIL, 2007) com os da instituição avaliada, observou-se que entre os dez padrões menos cumpridos nacionalmente, foram identificados seis na instituição de saúde. Que foram:

1. Realização periódica de pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.
2. Manter ou participar de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.
3. Possuir Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.
4. Possuir comitê transfusional e ações de educação permanente para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.
5. Ter Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.
6. Ter mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.

Esta correlação de dados demonstra que a instituição de saúde avaliada apresenta déficits nas conformidades, estes existindo também em âmbito nacional e portanto, sendo de conhecimento dos gestores, como uma possibilidade maior de enfrentamento e resolução destes déficits.

Outros dados do relatório final do PNASS que podemos relacionar com o da instituição são:

Pesquisa de satisfação dos usuários, visualizada no Gráfico 35, a instituição pesquisada obteve-se uma expectativa de 90% de satisfação enquanto a expectativa nacional ficou em 81,90%, demonstrando que a satisfação do usuário pode estar sendo refletida por uma assistência prestada de qualidade.

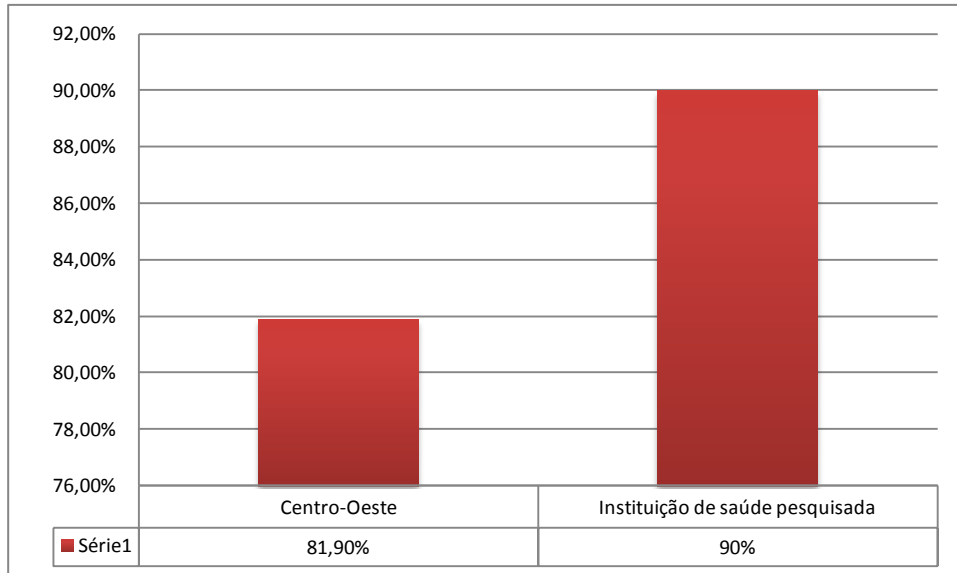


Gráfico 35: Expectativa positiva em relação ao serviço dos usuários entrevistados em comparação com os dados do relatório final do PNASS. (BRASIL, 2007)

Na comparação dos dados obtidos na pesquisa das condições e relações de trabalho com os dados nacionais (Gráfico 36), observou-se que os valores ficaram superiores para a instituição pesquisada nos itens: valorização profissional (64% e 63%), relacionamento com a chefia imediata (91% e 87%) e satisfação com o salário (65% e 33,5%). Ficaram inferiores na medicina do trabalho (28% e 53%), conforto e mobiliário (28% e 56%), material e equipamento (30% e 58%), Segurança (45% e 64%), distribuição das tarefas (64% e 68%), higienização do ambiente (47% e 76%) e avaliação global da instituição (56% e 78%). Os dados que foram praticamente correspondentes foram o dimensionamento das equipes (61% e 62%) e estímulo ao trabalho (62% e 63%).

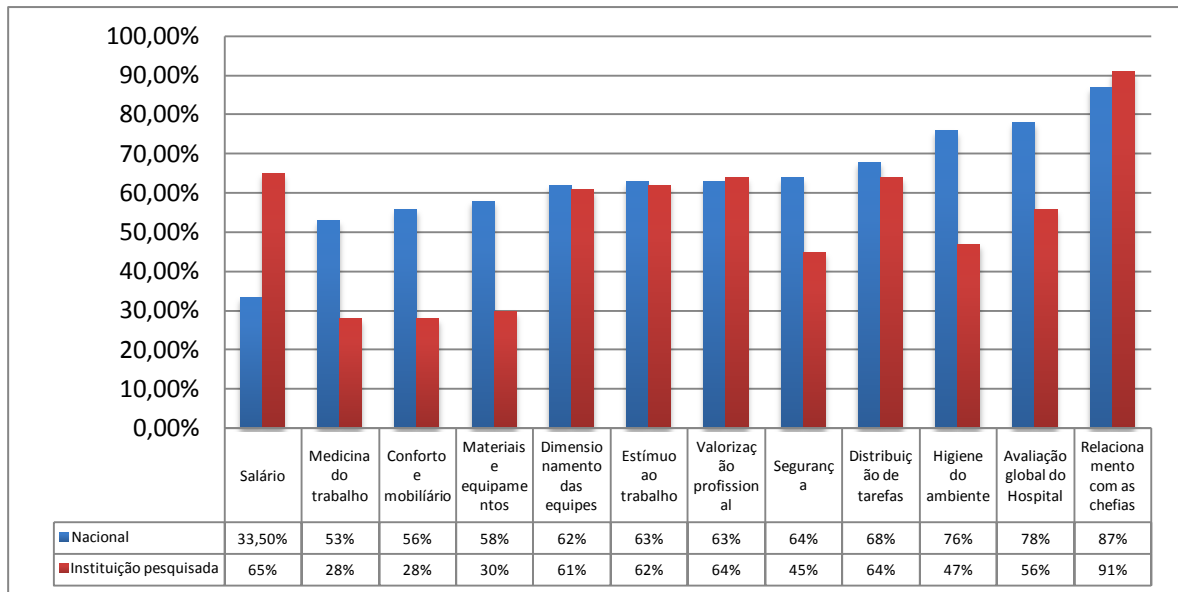


Gráfico 36: Satisfação do trabalhador por item questionado em comparação com os dados do PNISS. (BRASIL, 2007)

Quanto aos valores de indicação ou utilização do serviço, Gráfico 37, estes valores também se aproximam dos dados nacionais, com uma porcentagem de indicação ou utilização de 86% dos trabalhadores entrevistados em comparação com 92% dos trabalhadores entrevistados nacionalmente, o que representa que a qualidade da assistência a saúde prestada nesta instituição não está ausente da indicação em relação aos valores nacionais.

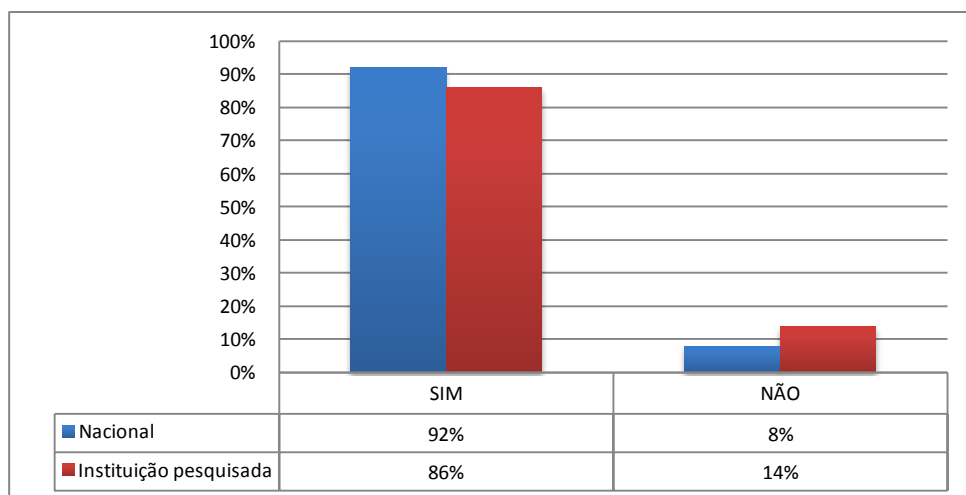


Gráfico 37: Comparação dos dados obtidos na pesquisa das condições e relações de trabalho sobre a indicação e utilização do serviço com os dados do PNISS. (BRASIL, 2007)

6.3. A análise SWOT como uma ferramenta estratégica

Como uma forma de análise mais abrangente dos resultados e com um maior potencial de eficácia e efetividade, ao considerar as muitas variáveis analisadas pela pesquisa de satisfação do usuário e a pesquisa de condições e relações de trabalho, opta-se por uma metodologia abrangente e pertinente para a avaliação da qualidade da assistência em saúde.

Portanto a metodologia SWOT aplicada ao gerenciamento da qualidade da assistência hospitalar deve ser utilizada nas seguintes correlações para uma análise de situação de saúde pertinente e coerente, conforme MARTINS; TURRIONI, (2002):

- **MAXI-MAXI (Forças e Oportunidades):** Essa combinação mostra as forças e oportunidades da organização. Na essência, uma organização deve se esforçar em maximizar suas forças para capitalizar em novas oportunidades.
- **MAXI-MINI (Forças e Ameaças):** Essa combinação mostra as forças da organização na consideração de ameaças de competidores. Na essência, uma organização deve se esforçar para utilizar suas forças para aparar ou minimizar suas ameaças.
- **MINI-MAXI (Fraquezas e Oportunidades):** Essa combinação mostra as fraquezas da organização no arranjo com as oportunidades. É um esforço para conquistar e reforçar as fraquezas da organização fazendo o máximo possível em qualquer nova oportunidade.
- **MINI-MINI (Fraquezas e Ameaças):** Essa combinação mostra as fraquezas da organização em comparação com as correntes ameaças externas. Isto é mais definitivamente uma estratégia defensiva para minimizar as fraquezas internas da organização e evitar ameaças externas.

A partir destas correlações SWOT ocorre à possibilidade da análise dos dados obtidos nas pesquisas de satisfação do usuário e das condições e relações de trabalho realizadas.

Primeiramente faz-se necessário a descrição dos elementos encontrados a partir da pesquisa de satisfação do usuário e das condições e relações de trabalho. Assim, identificam-se as forças (S) como: Tamanho (dimensionamento da equipe), estímulo do estabelecimento ao trabalho, valorização do trabalho, consideração

geral do estabelecimento de saúde, Indicação do estabelecimento de saúde para algum amigo ou parente e expectativa do atendimento a saúde.

A identificação das fraquezas (W): desconhecimento do local onde reclamar em atendimento mal realizado, segurança para a execução do trabalho, disponibilidade de materiais e equipamentos e a medicina do trabalho.

Já a identificação das oportunidades (O) são: limpeza, conforto, alimentação e roupas fornecidas pelo estabelecimento, relacionamento com a chefia imediata, valorização do trabalho, confiança na equipe de saúde durante o atendimento, consideração geral do estabelecimento de saúde, estímulo do estabelecimento ao trabalho, motivação no serviço e a existência de um local que acolha as opiniões, reclamações e dificuldades. Restando apenas a identificação das ameaças (T): higiene do ambiente e acomodações e mobiliário.

Seguindo a metodologia SWOT torna-se passível a realização das correlações entre os caracteres identificados:

Maxi-Maxi:

1. Estímulo do estabelecimento ao trabalho; 1. Motivação no serviço

Quanto ao estímulo do estabelecimento ao trabalho apresenta-se positivo e muito representativo por 62% dos trabalhadores, ampliando a possibilidade de melhorias quando associado a motivação no serviço em que 79% dos trabalhadores responderam de forma positiva e presente, gerando uma retroalimentação positiva entre o que a instituição promove para a motivação do trabalhador em correspondência ao que o trabalhador retorna a instituição com a prestação do seu serviço de atenção a saúde. Estes dois índices contribuem para a redução de ausências ao trabalho, a doenças ocupacionais entre outros.

2. Tamanho (dimensionamento da equipe); 2. relacionamento com a chefia imediata

O tamanho (dimensionamento da equipe) foi considerado positivo por 61% dos profissionais bem como o relacionamento com a chefia imediata demonstra a enfática positividade dos profissionais com 91% de aprovação. Características institucionais como esta possibilitam o fortalecimento de uma equipe multidisciplinar em saúde e deve ser um aspecto visualizado e avaliado continuamente.

3. Expectativa do atendimento a saúde; 3. Indicação do estabelecimento de saúde para algum amigo ou parente; 3. Consideração geral do estabelecimento de saúde

Quanto à expectativa do atendimento a saúde do estabelecimento foi positiva com 73% dos usuários considerando o atendimento melhor do que imaginava, isso é correlacionado com a indicação dos trabalhadores que quando questionado se indicariam o estabelecimento de saúde para algum amigo ou parente, havendo a positividade nas respostas de 86% dos trabalhadores, ainda é imprescindível ressaltar que de uma forma geral a opinião dos profissionais sobre como eles consideram o estabelecimento de saúde representa 56% dos profissionais entrevistados responderam positivamente. Dados como estes permitem a visualização da instituição interna e externamente, sendo esta visualização positiva, enfática e com possibilidade de melhores índices de representatividade, principalmente na opinião geral dos profissionais sobre o estabelecimento de saúde, o que sugere participação maior destes em aspectos pontuais de sua área de atuação.

Maxi-Mini:

1. Limpeza, conforto, alimentação e roupas fornecidas pelo estabelecimento;
 1. Higiene do ambiente; 1. Acomodações e mobiliário

Quando questionados aos usuários sobre a limpeza, o conforto, as roupas e a alimentação fornecida pela instituição respectivamente 77%, 80%, 93%, e 97% dos usuários responderam positivamente, porém, quando questionado os trabalhadores quanto à higiene do ambiente demonstra a positividade do julgamento dos profissionais em 47% dos questionamentos, regular em 36% e negativo (muito ruim e ruim) em 17% das entrevistas, o que possibilita uma visão crítica acerca da possibilidade de avaliação dos usuários sobre os recursos da instituição. O que torna ainda mais presente esta dificuldade em avaliar o serviço é a demonstração das acomodações e mobiliário no julgamento dos profissionais representando a negatividade por 40% dos profissionais entrevistados e 32% consideraram regular estes aspectos.

Mini-Maxi:

1. Segurança para a execução do trabalho; 1. Estímulo do estabelecimento ao trabalho; 1. Confiança na equipe de saúde durante o atendimento

Quanto à segurança para a execução do trabalho o julgamento dos trabalhadores obteve uma positividade de 45%, o que é ressaltado pela

possibilidade de melhoria deste índice, porém com uma característica intrínseca de necessidade de melhoria de recursos humanos e tecnológicos para melhorar a segurança institucional. Ainda apresenta uma correlação com o estímulo do estabelecimento ao trabalho que se apresenta positivo por 62% dos trabalhadores em que pode-se potencializar este estímulo através de um fortalecimento da cultura organizacional do estabelecimento em correspondência a segurança profissional associado a medidas de proteção coletiva abrangente. É destacada ainda a confiança na equipe de saúde durante o atendimento como um fator positivo, ocorrendo aprovação de 90% dos usuários entrevistados, e nenhuma reprovação, como uma possibilidade de justificar a segurança multiprofissional durante a prestação da assistência a saúde sob a ótica do usuário, característica esta que deve ser avaliada constantemente.

2. Medicina do trabalho; 2. Relacionamento com a chefia imediata

A medicina do trabalho representa uma negatividade crescente dos profissionais, com um julgamento negativo em 41% dos entrevistados o que entra em correlação com o relacionamento com a chefia imediata que demonstra a positividade dos profissionais em 91%, portanto, este relacionamento positivo deve ser perpetuado e avaliado constantemente, fazendo-se presente uma adequação desse relacionamento com uma participação multiprofissional liderada pela chefia imediata de cada setor com o objetivo de uma melhor execução da medicina do trabalho inicialmente descentralizada e atuante e posteriormente hierárquica e avaliativa.

3. Disponibilidade de materiais e equipamentos; 3. Consideração geral do estabelecimento de saúde

A disponibilidade de materiais e equipamentos surge como um julgamento de relevância descrita, pois, a porcentagem de trabalhadores que não julgaram positivo este quesito é de 70%. De maneira a considerar, de uma forma geral a opinião dos profissionais sobre como eles consideram o estabelecimento de saúde a positividade representa 56% dos profissionais entrevistados. Estes dados associados representam que a ausência de materiais e equipamentos na instituição pode determinar a consideração negativa dos profissionais, pois, de certa forma a assistência a saúde é prejudicada por este fator ausente.

Mini-Mini:**1. Disponibilidade de materiais e equipamentos; 1. Acomodações e mobiliário**

A disponibilidade de materiais e equipamentos surge como um julgamento que reflete o descontentamento dos trabalhadores, pois, 70% de trabalhadores não estão satisfeitos com disponibilidade de materiais e equipamentos oferecidos pela instituição potencializada pela negatividade de 40% dos profissionais em relação às acomodações e mobiliário. Aspectos estes que tornam-se potencializadores de um déficit real na prestação da assistência a saúde ao usuário e no desenvolvimento das praticas assistências dos trabalhadores, necessitando de intervenção através das esferas governamentais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se possibilitar uma visibilidade e desenvolvimento de conhecimento acerca da qualidade da assistência hospitalar como delineamento fundamental para a aplicabilidade deste trabalho. Portanto, conclui-se que os objetivos propostos foram atingidos, tornando possível a realização do diagnóstico da qualidade da assistência hospitalar na instituição pesquisada, sob uma ótica multifacetada, das estruturas organizacionais, do apoio tecnológico e de infraestrutura, da atenção a saúde, da satisfação do usuário e das condições e relações de trabalho.

Vale ressaltar que houve particularidades que limitaram de certa forma, a pesquisa. Entre estas é presente a impossibilidade, pelo autor, de esgotar as entrevistas na amostra dos profissionais da instituição, devido à dificuldade em encontrar os trabalhadores de determinadas categoriais, do fato de existir jornada de trabalho noturna e o tempo escasso para a coleta dos dados, enfatizando que o discente realizou mobilidade acadêmica, nessa última etapa de graduação, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Assim surge como uma proposta futura o desenvolvimento de uma pesquisa com a mesma base metodológica, porém, com o cumprimento da amostra recomendada pelo PNASS, para a pesquisa de condições e relações de trabalho e já para a pesquisa de satisfação do usuário que este seja entrevistado no período precedente a alta hospitalar.

A avaliação da qualidade da assistência na instituição, mesmo nestas condições, demonstra ser um instrumento que permite o ingresso de conceitos da qualidade na cultura organizacional da instituição avaliada, identifica como estão as incorporação de valores institucionais, aponta a necessidade de programas permanentes para a execução, análise e intervenção da qualidade da assistência a saúde.

A Capacitação, as Atribuições e o Papel que o Enfermeiro vem assumindo atualmente, necessitam de uma integração e desenvolvimento das atividades de gerenciamento buscando estratégias que produzam a qualidade dos serviços em saúde e neste caso os hospitalares.

Como parte importante que integra o sistema de saúde, a enfermagem vem mais recentemente se ocupando em implantar e implementar a nova filosofia tanto no gerenciamento do cuidado, como na pesquisa e no ensino, pois é cada vez maior

o entendimento de que só poderemos alcançar um padrão ótimo de assistência ao nosso cliente se buscarmos a qualidade (ROCHA, 2007).

Acreditamos que o enfermeiro é um profissional privilegiado porque tem a oportunidade de interagir mais diretamente com o cliente e aproximar-se do seu referencial, que é único, para compreender seus anseios e expectativas, amadurecendo a prática de cuidar com qualidade, (ROCHA, 2007). Entretanto o mesmo autor afirma que em nossos atuais serviços de saúde é cada vez maior a expectativa da instituição de que o enfermeiro esteja envolvido com a gerência de seu setor, (ROCHA, 2007).

Destaca-se a execução desta pesquisa como uma forma de retorno de reconhecimento a instituição pesquisada, tanto pelo fato de ser presente no desenvolvimento das práticas assistenciais e gerenciais acadêmicas, durante o período de graduação, quanto por ser uma instituição prestadora de serviços a população da região sul do estado do Mato Grosso.

A relevância social da pesquisa apresenta vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e para populações futuras, visto que a gestão da qualidade é um processo contínuo, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos no gerenciamento da qualidade da assistência hospitalar, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

É destacado como proposta a continuidade de atividades avaliativas intrainstitucional, aliado a sua análise e intervenção direcionada, o que garantirá um conhecimento da assistência prestada nesta instituição hospitalar, determinando um potencial de adequação e melhoria contínua da qualidade assistencial e gerencial de forma a proporcionar benefícios mediatos e imediatos aos usuários e trabalhadores da instituição.

8. REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v.8, n.4, p.47-55, maio/dez., 1995.

BARBOSA, Luciana Rodrigues; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2010.

BRASIL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Documento do Banco Mundial. Fevereiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. **Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, abril de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. CADERNO DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – PNASS. EDIÇÃO 2004/2005. Brasília, 2004.

COLTRO, A. A gestão da qualidade total e suas influências na competitividade empresarial. *Caderno de pesquisas em administração*, São Paulo, V 01, nº 02, 1º sem. 2006.

COREN – SP. **Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem**. São Paulo, Agosto/2009.

DONABEDIAN, Avedis. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford. University Press, 2003

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, Feb. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2010.

ECHER, I. C. *et al.* CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DO GRUPO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Revista gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v.19, n1, p.56-59, jan. 1998

GUEDES, R. M. A.; LIMA, F. P. A.; ASSUNÇÃO, A. Á. O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da enfermagem: o caso da medicação. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.4, 2005. p. 1063-1074

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2010.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público / Maria do Carmo Lourenço Haddad. – Ribeirão Preto, 2004.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. Qualidade Total em serviços. 1º Edição, Editora Atlas, São Paulo, 1998.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2001. 330 p.

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

MARTINS, Regis de Freitas. TURRIONI, João Batista. Análise de swot e balanced scorecard : uma abordagem sistemática e holística para formulação da estratégia. XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Curitiba – PR, 23 a 25 de outubro de 2002.

MEZOMO, João Catarin. Qualidade hospitalar, Reinventando a administração do hospital. São Paulo, Editora CEDAS, 1992.

NOGUEIRA, Adriana Florentino. INOVAÇÃO ATRAVÉS DA CRIAÇÃO DE UMA NOVA CATEGORIA – UM ESTUDO DE CASO NA INDÚSTRIA DE BENS DE LARGO CONSUMO. Trabalho De Conclusão De Curso, **Universidade De São Paulo**. São Paulo, 2007 Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/tcc/trabalhos/TCC-Adriana%20Nogueira.pdf> Acesso em: 14/12/2010.

PAIVA, Sônia Maria Alves de. Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. Ribeirão Preto, 2006. 165 f.

PEDROSA, TANIA MOREIRA GRILLO. **Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da organização nacional de acreditação – ONA (2004) – e as normas da série nbr iso 9000:2000.** Dissertação apresentada em Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte Minas Gerais – Brasil, 2004.

POLIT-O'HARA, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. xiv, 487 p.

QUEIROZ, R. *et al.* PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A QUALIDADE EM SAÚDE VEICULADO NA LITERATURA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. [2008]


ROCHA, Elyrose Sousa Brito Gerenciamento da Qualidade em um serviço hospitalar: enfoque sobre a visão do enfermeiro. Ribeirão Preto, 2007, 93f.

ROCHA, K. R. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 113-6.

SILVA, M. J. P.; PINHEIRO, E. M. Qualidade na assistência de Enfermagem: visão de alunas de Especialização. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.14, n.1, p. 82-88, 2001.

SOUZA, Fábila Maria de; SOARES, Enedina. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, Oct. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2009.

APÊNDICE A

	<p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</p>
---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa: Gerenciamento Da Qualidade Da Assistência Hospitalar. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que recebe assistência. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone (65) 36157254. Os objetivos deste estudo são:

- Avaliar e realizar o diagnóstico da assistência a saúde de uma instituição pública localizada na região sul do estado do Mato Grosso, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade desta instituição, em suas diferentes dimensões.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário sugerido, sobre a satisfação da assistência ao usuário desta instituição ou sobre as condições e relações de trabalho dos servidores desta instituição. Não existem riscos relacionados com sua participação nesta pesquisa. Os benefícios para você enquanto participante da pesquisa, são de fornecer informações sobre como está a qualidade da assistência na instituição hospitalar, possibilitando alterações e melhorias contínuas. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação não havendo qualquer relação, além da aplicação do questionário, com o (a) participante. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é Cauê Felipe Pimentel, Acadêmico de Enfermagem da UFMT/CUR, cel: 66-9965-7067, e-mail: caufp@hotmail.com.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu (nome do participante)....., idade:..... sexo:.....Naturalidade:.....portador(a) do documento RG Nº:.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura da Testemunha

* Testemunha só é exigido caso o participante não possa por algum motivo, assinar o termo.

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20____

APÊNDICE B

Número de usuários aptos a participação e Internados por clínica na instituição	Porcentagem dos usuários entrevistados
1 a 10	100 %
11 a 12	90 %
13 a 19	80 %
20 a 30	70 %
31 a 40	60 %

Amostragem do numero de usuários entrevistado, adaptado do PNISS, 2007.


APÊNDICE C

Cargo	Categoria Profissional	População	Nº NÃO Partic.	Nº Total	Nº Real Amostra	Nº % Amostra	Nº Entrev.	% Entrev
DGA - 4	Diretores	04	-01	03	03	100 %	02	66,6%
DGA - 8	Gerentes	04	-01	03	03	100 %	02	66,6%
PNS DO SUS	Administrador	01	01 ¹	0	0	100 %	0	0%
ASSISTENTE DO SUS	Assist. Administrativo	88	-04 +07 ¹ +3 ²	74	37	50% (min20)	14	37,8%
PNS DO SUS	Assistente Social	09	-1 + 3 ¹	06	03	100 %	01	33,3%
PNS DO SUS	Biólogo	01	0	01	01	100 %	01	100%
PNS DO SUS	Biomédico	03	0	03	03	100 %	01	33,3%
PNS DO SUS	Bioquímico	01	0	01	01	100 %	01	100%
PNS DO SUS	Farmacêutico Bioquímico	12	03 ¹ +1 ²	08	04	100 %	04	100%
TÉCNICO DO SUS	Técnico em Patologia	05	01 ¹ +2 ²	02	02	100 %	02	100%
ASSISTENTE DO SUS	Auxiliar de Laboratório	10	-2+2 ²	06	06	100 %	03	50%
PNS DO SUS	Contador	01	0	01	01	100 %	0	0%
TÉCNICO DO SUS	Técnico de Contabilidade	02	0	02	02	100 %	0	0%
PNS DO SUS	Enfermeiro	39	-2 + 4 ¹ +1 ²	32	19,2 ≈ 19	60 %	15	59,3%
TÉCNICO DO SUS	Técnico de Enfermagem	114	- 4 + 12 ¹ +3 ²	95	47,5 ≈ 47	50 % (min20)	21	44,6%
ASSISTENTE DO SUS	Auxiliar de Enfermagem	109	-5 + 13 ¹ +2 ²	89	44,5 ≈ 44	50 % (min20)	18	40,9%
TÉCNICO DO SUS	Tec. de Imobilização Ortopédica	07	01 ¹	06	03	100 %	02	66,6%
TÉCNICO DO SUS	Tec. De Radiologia	20	02 ¹	18	12,6 ≈ 13	70 %	08	61,5%
ASSISTENTE DO SUS	Aux. de Radiologia	02	0	02	01	100 %	01	50%
PNS DO SUS	Farmacêutico	07	-1	06	06	100 %	03	50%
PNS DO SUS	Fisioterapeuta	14	-1+2 ¹	11	8,8 ~ 09	80 %	04	44,4%
PNS DO SUS	Fonoaudióloga	01	0	01	01	100 %	01	100%
ASSISTENTE DO SUS	Motorista	09	0	09	09	100 %	04	44,4%
PNS DO SUS	Nutricionista	08	1 ¹	07	07	100 %	04	57,1%
APOIO DO SUS	Copeiro	16	0	16	12,8 ≈ 13	80 %	03	23%
APOIO DO SUS	Cozinheiro	11	2 ¹	09	9,9 ≈ 10	90 %	02	20%
PNS DO SUS	Psicólogo	06	3 ¹	03	03	100 %	01	33,3%
APOIO DO SUS	Aux. De Serviços Gerais	81	-4+6 ¹ +3 ²	68	34	50 % (min20)	08	23,5%
TÉCNICO DO SUS	Técnico em Assuntos Educacionais	01	0	01	01	100 %	0	0%
APOIO DO SUS	Vigia	13	-2+3 ¹	08	08	100 %	02	25%
PNS DO SUS	Médicos	65	-10+5 ¹	50	25	50 % (min20)	16	64%
Serviços Terceirizados	Limpeza Exact	46	-3	43	21,5 ≈ 21	50 % (min20)	05	23,8%
Serviços Terceirizados	Segurança Covemat	10	0	10	10	100 %	01	10%
Serviços Terceirizados	Lavanderia Alba	16	0	16	12,8 ≈ 13	80 %	03	23%
TOTAL		737	126	611	363	59,41%	153	45,6% ³

Demonstração do cálculo da amostra dos trabalhadores da instituição. Adaptado da metodologia de amostragem profissional do PNISS (2004) (ver anexo V).

Legenda: Nº (-): Profissionais que se negaram a participar; Nº (1): Profissionais ausentes da instituição por licença Premium, licença maternidade, férias ou afastamento do serviço; Nº (2): profissionais atuantes fora da instituição de saúde, porém, com vínculo empregatício na instituição; Nº (3): Média das porcentagens das entrevistas efetuadas.

ANEXO I


	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	1. O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.	D			2,3,28,78,84
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.	D			50
N	3. O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	D			91
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.	D			50,99,100
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.	D			
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.	D			

1. Verificar a existência do responsável técnico **médico** pelo estabelecimento. Este quesito não se propõe a verificar a existência de chefes de serviços;
2. Verificar a existência de um responsável, seja administrativo ou não, para resolver qualquer situação não usual ou cotidiana. Esta verificação poderá ocorrer por meio de portaria, nota impressa, regimento, escala de plantão e outros;
3. Verificar as iniciativas implantadas ou em implantação sobre ética profissional; (Comissão, comitê, Seminários, oficinas, reuniões e outros.);
4. Manuais de normas, rotinas, competências, etc, estão atualizados, disponíveis, de fácil acesso e em uso;
5. Verificar o envolvimento de todos os níveis hierárquicos nas tomadas de decisões através de reuniões com representantes de todas as categorias, grupos de trabalho, oficinas de discussão e outros;
6. Avalia periodicamente e sistematicamente a produção e gastos. Ex.: planejado X executado, disponibilização de planilhas de metas e resultados e outros.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

2. DEMANDA, USUÁRIO E SOCIEDADE.

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver	Si	Nã	Normas
		.	m	o	
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.	O,D			15
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.	D			99,100
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.	D,O			15, 114
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.	O,D			15,114
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.	D			
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.	D,O			

7. Existência de seguranças, guardas, barreira de proteção, alerta de piso escorregadio, vigilância acessível e em alerta;

8. Observar se o estabelecimento tem mapeado os serviços e/ou estabelecimento de referência;

9. Divulga por meio de impressos os serviços, compromissos públicos e ações de melhorias implantadas no estabelecimento;

10. Verificar a existência de ouvidorias, caixas de sugestões e/ou outros meios de comunicação observando o período de apuração, os mecanismos de respostas e de intervenção;

11. Verificar a existência de pesquisa de satisfação com usuários, bem como a utilização destas nas tomadas de decisão;

12. Verificar a existência de mecanismos que envolvam a sociedade, tais como: reciclagem do lixo; horta comunitária; alfabetização de servidores e/ou familiares; coleta seletiva do lixo; uso racional de água e/ou energia elétrica e outros.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	P/D			15,17
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.	D,O			15,17
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.	D			82
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.	O,D			6,59
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.	D			
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.	D			

- 13.** Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações de todos os atendimentos do dia nos diversos serviços (ambulatório, emergência e internação);
- 14.** Verificar se todos os prontuários, inclusive os de arquivo morto, estão em local seguro, em boas condições de conservação e organização e acessível. Observar o fluxo dos prontuários e a garantia da confiabilidade das informações contidas;
- 15.** Verificar por meio de documento as ações da comissão de revisão de prontuário e/ou óbito quando existir;
- 16.** Verificar a existência de serviço de vigilância epidemiológica com formulário específico para notificação compulsória e na existência de ter algum registro, verificar o preenchimento e o protocolo de encaminhamento;
- 17.** Verificar se o estabelecimento cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção e busca melhorar a atenção conforme os resultados. Ex. Indicador de mortalidade;
- 18.** Mantém atualizadas as informações gerenciais em relação a controle de custos.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

4. GESTÃO DE PESSOAS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.	D,O			3,12,27,30,85,
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	D			3,12,28,78
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.	D			10,11,91
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.	D			101
R	23. Há política de educação permanente.	D			
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.	D			

19. Verificar se todos os funcionários da área da saúde estão em exercício conforme as escalas e necessidade de cada setor;

20. Verificar por meio de amostragem a existência de documento que comprove que os funcionários da área da saúde tenham registros nos conselhos de classe;

21. Verificar a existência de registros na medicina do trabalho e observar por meio de amostra a existência de exames periódicos ou qualquer outro que comprove pelo menos um atendimento por ano ou quando necessário;

22. Verificar a existência e atuação por meio de documento da Comissão Interna de Prevenção de Acidente - CIPA ou serviço equivalente;

23. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade. Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito;

24. Verificar a existência de pesquisa de clima organizacional, pesquisa de satisfação, avaliação de desempenho e outros.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. GERENCIAMENTO DE RISCO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.	O, D			20,62
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.	O, D			20,101
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.	O, D			20,42, 101,113
N	28. Realiza o controle de vetores.	O, D			20,42, 62,113
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.	D			
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.	D			

25. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. A CCIH deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição;

26. Verificar se as normas, rotinas dos processos de limpeza, desinfecção e esterilização estão descritas, acessíveis, atualizadas, datadas e assinadas;

27. Equipamento Conjugado de Proteção Individual, todo aquele composto para proteger contra um ou mais riscos que possam ocorrer simultaneamente e que sejam suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (luvas, botas, aventais, máscara, gorros e outros.) Os Equipamentos de Proteção Coletiva.: (EPC) dizem respeito ao coletivo, devendo proteger todos os trabalhadores expostos a determinado risco. Exemplo: isolamento acústico de fontes de ruído, ventilação dos locais de trabalho, proteção de partes móveis de máquinas e equipamentos, a sinalização de segurança, a cabine de segurança biológica, capelas químicas, cabine para manipulação de radioisótopos, extintores de incêndio, dentre outros;

28. Verificar janelas teladas, ralos escamoteados, registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, acondicionamento adequado do lixo, manutenção e limpeza do ambiente externo (jardim e proteção da caixa de água e outros);

29. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade. Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito;


30. Verificar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme a Resolução-RDC-33/03.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

6. GESTÃO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.	O/ D			72,75
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.	O			72,75
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.	D			72,75
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.	D			72,75
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.	O, D			
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.	O			

- 31.** Verificar a existência, limpeza periódica e a capacidade das caixas d'água. Observar o registro de outros recursos utilizados de água potável no caso de falta de água no estabelecimento ou quando houver a necessidade do desligamento para a manutenção ou por contaminação da rede hidráulica;
- 32.** Verificar a existência de equipamento de acionamento automático (no break, gerador de energia e outros) de energia elétrica conforme a Resolução – RDC 50/02 para os equipamentos nos serviços de risco;
- 33.** Verificar contrato ou convenio escrito com serviço de manutenção;
- 34.** Verificar a aprovação do projeto pelos órgãos competentes, conforme a Resolução RDC nº 189, de 18 de julho de 2003 que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- 35.** Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo e outros;
- 36.** Verificar a existência de placas de sinalização, orientação, sirenes, luzes indicadoras e outros. Seguir as orientações descritas na RDC 50/02.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---


7. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	37. Os equipamentos (<i>autoclaves e/ou raios-X</i>) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.	O,D			7,9,56, 65, 77
I	38. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.	O,D			7,9,56, 65, 77
N	39. O equipamento tem registro na ANVISA	D			7,9,56, 65, 77
N	40. Há manutenção preventiva dos equipamentos.	D			9,50
R	41. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.	D			
R	42. Todos os equipamentos estão inventariados	D			

Observar o agendamento das manutenções, lista de espera, equipamentos de reposição ou substituição.

Importante: *Em caso de serviço de TRS isolado, substituir esses equipamentos por máquinas de proporção para hemodiálise. Em caso de serviço de Quimioterapia, substituir esses equipamentos por capela de proteção biológica para radioisótopos.*

- 37. Verificar a quantidade, condições de uso, período de funcionamento e a suficiência destes equipamentos, para suprir a demanda;
- 38. Verificar a existência de contrato ou convênio legal e registro das manutenções corretivas em documento específico;
- 39. Verificar no equipamento a identificação de registro junto ao MS/ ANVISA;
- 40. Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico;
- 41. Verificar o nome e o registro profissional do operador;
- 42. Verificar nos equipamentos o número do patrimônio. Caso o estabelecimento mantenha outra forma de inventariado, observar se todos os equipamentos estão listados e com o respectivo número de patrimônio.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

8. GESTÃO DE MATERIAIS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	43. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).	O,D			7,9,57,6 4,66,69
I	44. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.	D,O			7,9,57,6 4,66,69
N	45. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.	D,O			15,16
N	46. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.	D,O			8,29,32
R	47. Realizam ações de farmacovigilância.	D			
R	48. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.	D,O			

43. Dispor de locais, instalações e equipamentos adequados e suficientes de forma a assegurar uma boa conservação e distribuição dos produtos de natureza diversa, inclusive farmacêuticos. Verificar se os produtos possuem registro junto ao Ministério da Saúde;


44. Verificar se existe livro de registro específico que é destinado à anotação de medicamentos sujeitos ao controle especial sendo que este deverá ser, obrigatoriamente, guardado e controlado em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico;

45. Verificar a existência de Comissão de Farmácia e terapêutica ou a existência de documentos e ou relatórios que indiquem a normatização de medicamentos, saneantes e produtos no estabelecimento;

46. Verificar a margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores secundários e outros;

47. Verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos;

48. Verificar a prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

9. HIGIENE DO AMBIENTE E PROCESSAMENTO DE ROUPAS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	49. A diluição dos saneantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado.	D, O			20,42,6 4,65,
I	50. São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário.	O			15,20,4 2, 114
N	51. O transporte e o processamento de roupas limpas e sujas ocorre sem que haja o contato direto das mesmas.	O			20,42, 112
N	52. Os procedimentos e rotinas de limpeza e desinfecção são registrados, supervisionados e estão em locais disponíveis e de fácil acesso.	D, O			20,42, 113
R	53. Os saneantes usados são registrados junto a ANVISA	D			
R	54. Existem ações de educação permanente em higienização do ambiente e processamento de roupas.	D			

49. Observar protocolos e normas referentes ao preparo e diluição dos produtos e saneantes, datados e assinados. Verificar o nome e registro profissional do responsável pelo preparo e diluição, bem como o nome e validade das soluções;


50. Verificar o número de enxovais disponíveis, a existência de roupas de reserva para reposição, comparando com o número de pacientes, nº de máquinas e turnos de lavagens, observar estoque na lavanderia e no setor. Em caso de ambulatório isolado ou outro serviço que não forneça roupas para os pacientes, observar se os campos e compressas utilizadas para pequenos procedimentos são usados de maneira unitária, ou seja, um campo e/ou compressa para cada paciente;

51. Observar os fluxos, horários de recolhimento e distribuição das roupas usadas e limpas, observar quais são os funcionários envolvidos neste procedimento, quais são os recursos usados (carrinhos, *hampers* e outros.) e quais os procedimentos adotados (banho e troca de roupas pelo profissional, após o recolhimento das roupas usadas e antes de distribuir as roupas limpas);

52. Verificar a existência de normas e rotinas dos processos de preparo dos saneantes e dos procedimentos de limpeza e desinfecção, manuseio e lavagem das roupas. Observar se estes estão atualizados e datados e em local acessível;

53. Determinar que o registro dos produtos saneantes, domissanitários "água sanitária" e "alvejante" categoria congênere a detergente alvejante e desinfetante para uso geral seja procedido de acordo com as normas descritas na PORTARIA Nº 89, DE 25 DE AGOSTO DE 1994;

54. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade. Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

10. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	55. É assegurado o fornecimento de refeições aos pacientes, conforme prescrição nutricional.	P,O ,D			15,18, 57,93
I	56. O preparo e acondicionamento das refeições são realizados de acordo com o Manual de Boas Práticas de Transporte e Fabricação de Alimentos.	D			97
N	57. A Unidade de Alimentação e Nutrição é supervisionada por Nutricionista.	D			18,93,9 4,95,96 ,97,110
N	58. Os serviços e produtos adquiridos ou contratados estão de acordo com a legislação vigente	O			57,66,7 2,75
R	59. Existem ações de educação permanente para os profissionais envolvidos em alimentação e nutrição.	D			
R	60. Há educação alimentar para pacientes e familiares visando à recuperação e manutenção da saúde.	D			

55. Verificar o número de refeições fornecido por paciente, quantidade e horários das refeições. Observar as questões referentes à qualidade e aceitação;

56. Seguir as orientações da Resolução - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação;

57. Verificar o nome e o registro profissional do responsável técnico pelo serviço de nutrição;

58. Seguir as orientações da Portaria nº 326, de 30 de julho de 1997, que aprova o Regulamento Técnico sobre "Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos";

59. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade. Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito;

60. Verificar se existem atividades envolvendo pacientes e/ou familiares sobre o tema: grupos ou materiais educativos, palestras e outros.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS
GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

11. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	61- Os técnicos que realizam os procedimentos são habilitados e responsáveis pela emissão dos laudos.	D,O			7,9,83,8 7,89
I	62-O técnico executante dos exames de SADT está habilitado para a realização dos exames.	D/O			7,9,102, 103,104 ,105,10 6
N	63-Os locais para realização dos exames são específicos e com condições ideais para realização dos procedimentos.	O			101
N	64-Os exames são identificados de maneira legível e completa desde a solicitação até o resultado.	O,D			15,48,5 4, 117
R	65 -Há mecanismos para verificar e minimizar os processos.	D			
R	66 - Há mecanismos para avaliar sistematicamente a pertinência de solicitações de exames.	D			

- 61.** Verificar o nome e registro profissional dos Responsáveis Técnicos dos serviços de Apoio Diagnóstico, com horário e as atividades desempenhadas por estes profissionais;
- 62.** Verificar o nome e o registro dos profissionais e a capacitação técnica deste;
- 63.** Seguir as orientações descritas na Resolução- RDC- 50/02;
- 64.** Verificar *in loco* o preenchimento nos pedidos de exames e os resultados;
- 65.** Verificar se o estabelecimento possui comissões, diretrizes ou normas que facilitem o controle das solicitações e resultados. Observar também se o estabelecimento adota medidas que reduzam os erros dos processos de trabalho e de avaliação da qualidade dos exames;
- 66.** Verificar se o estabelecimento possui comissões, diretrizes ou normas que favoreçam a padronização das solicitações e resultados ou outras formas de organização: reuniões periódicas, grupos de discussão, ações educativas, avaliações periódicas e outros.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

12. SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	67. A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista ou outro profissional capacitado por órgão competente.	D			7,9,13, 25,38,5 5,63,68 ,70,71
I	68. Os hemoderivados e hemocomponentes atendem aos requisitos de rastreabilidade e segurança (validade, identificação e estocagem) desde a aquisição até a administração ao paciente.	O, D			7,9,13, 25,38,5 5,63,68 ,70,71
N	69. Os profissionais que atuam em hemoterapia são capacitados.	D/P ,O			7,9,13, 25,38,5 5,63,68
N	70. O serviço realiza ações de hemovigilância.	D			7,9,13, 25,38,5
R	71. Existe comitê transfusional.	D			
R	72. Existem ações de educação permanente para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.	D			

67. Verificar o nome e registro profissional do Responsável Técnico pelo serviço de hemoterapia, sua capacitação, horário de trabalho e as atividades desempenhadas;

68. Seguir a Resolução –RDC- nº 153, de 14 de junho de 2004 que determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes;

69. Verificar o nome, registro profissional e a capacitação técnica dos profissionais do serviço de hemoterapia;

70. Verificar se o estabelecimento possui registros das ações de hemovigilância diretrizes ou normas que facilitem o controle das solicitações e resultados e se adota medidas que reduzam os erros dos processos de trabalho e de avaliação da qualidade do sangue e hemoderivados;

71. Verificar se o estabelecimento possui comitê ou comissão transfusional, quais as diretrizes e normas que favorecem a padronização das solicitações e resultados. Observar também outras formas de organização: reuniões periódicas, grupos de discussão, ações educativas, avaliações periódicas e outros;

72. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade. Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

13. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	73. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.	O,D			1,15,16,99,100,114
I	74. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.	O/D/P			1,14,15,16,26,45,99,100,114
N	75. Há a garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade.	O/D			1,15,16,99,100,114
N	76. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.	O			1,15,16,99,100,114
R	77. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.	D,O			
R	78. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.	D,O			

73. Uma das marcas da Política Nacional de Humanização é a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso. O acolhimento com avaliação de risco, o código dos direitos dos usuários e a educação em saúde são estratégias que podem ser utilizadas;

74. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puerperais têm assegurado, por norma, o direito de acompanhante. É importante que os acompanhantes tenham condições mínimas de conforto, tais como higiene, alimentação, banheiro e local para repouso e outros.

75. Visita aberta amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o vínculo entre o paciente, sua rede social (familiares e amigos). Sem horários pré-fixados, mas mantendo a dinâmica da unidade de internação. Por exemplo: em casos de unidades de terapia intensiva, para a realização de alguns procedimentos, pode-se solicitar que os acompanhantes saiam da unidade durante certo tempo.

76. O profissional pode identificar-se de várias maneiras, quer seja apresentando-se ao paciente, utilizando crachá com nome legível e outros;

77. Ações pró-ativas são aquelas que buscam se adiantar a possíveis problemas. Verificar a existência de Pesquisa de opinião, ouvidoria, serviço de atendimento ao usuário, caixas de sugestões e outros.

78. Verificar as iniciativas implantadas ou em implantação sobre a Política Nacional de Humanização - PNH; (Presença do Grupo de Trabalho de humanização -GTH; com característica multiprofissional e interdisciplinar; aberto a gestores, trabalhadores e usuários).



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS
GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

14. ATENÇÃO IMEDIATA - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	79. A unidade possui infra-estrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.	O, D			72,75
I	80. A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral.	D,O			78,82,8 5,88
N	81. A unidade conta com análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia e radiologia convencional.	O, D			119,12 0
N	82. Os profissionais que atuam em urgência e emergência têm capacitação específica.	D, O			119,12 0
R	83. Utilizam protocolos de urgência e emergência na prática diária.	D, O			
R	84. Existe gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato.	D, P, O			

79. A unidade de atendimento imediato deve dispor de local exclusivo, além dos equipamentos básicos e medicamentos dispostos nas normas referidas na base normativa;

80. O médico que presta atendimento imediato deve ser exclusivo (não estar atuando em outras unidades no mesmo momento), e estar disponível em tempo integral no serviço; Observar também a disponibilidade em tempo integral do enfermeiro;

81. Analisar se há a possibilidade de realização de exames pela unidade de atendimento imediato;

82. Refere-se a todos os profissionais de saúde que atuam no atendimento imediato (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos e outros.);

83. Verificar a existência de protocolos específicos do serviço devidamente implantados;

84. O usuário que se encontra em uma unidade de atendimento imediato deve permanecer na mesma durante o período necessário, não excedendo 24 horas, devendo ser liberado ou encaminhado para atendimento ambulatorial ou de internação.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS
GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

15. ATENÇÃO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	85. Unidade de internação possui médico disponível no estabelecimento em tempo integral para o atendimento imediato.	D,O			15,28,88, 108
I	86. A unidade de internação possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio destinado ao atendimento imediato.	O			72,75
N	87. O dimensionamento da equipe e planejamento das ações de assistência é baseado nas necessidades individuais do paciente.	D,P			2,12,33,78
N	88. A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, minimizando ações desnecessárias.	P,D			15,16,88
R	89. Os manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.	D			
R	90. A unidade orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.	D,P, O			

85. Não há a necessidade de um médico exclusivo para a unidade de internação, mas é necessário que este médico esteja disponível para o atendimento imediato em casos emergenciais;

86. A unidade de internação deve estar apta a prestar atendimento imediato aos usuários, tendo disponibilidade de local, além dos equipamentos, profissionais e medicamentos;

87. Verificar se a equipe de assistência esta dimensionada para prestar o atendimento de acordo com a quantidade de pacientes, com o grau de risco e necessidade de cuidados;

88. Não basta que se tenha uma equipe multiprofissional avaliando o paciente diariamente se a cada dia as condutas são mudadas, sem que as equipes se comuniquem. Deve haver um plano de tratamento a ser seguido, salvo possíveis alterações no quadro clínico. Esta é uma das principais formas de evitar ações (procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos) desnecessárias;

89. Tais manuais devem estar disponíveis para o acesso de toda a equipe profissional de saúde, além de serem seguidos (estarem implantados). Observar se estão atualizados e em local de fácil acesso;

90. Muitas vezes os pacientes sofrem intervenções que podem ser mantidas em domicílio (sondagens, cateteres, curativos, uso de medicações e outros.). O melhor local para as orientações e capacitações dos usuários e familiares quanto aos autocuidados a serem realizados após a alta hospitalar é a Unidade de Internação.

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

16. ATENÇÃO EM REGIME DE TERAPIA INTENSIVA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	91. A unidade dispõe de um responsável técnico habilitado em terapia intensiva e de médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem exclusivos em período integral.	O, D, P			60
I	92. A unidade possui, para uso exclusivo, carro de parada ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória.	O			60,72,7 5
N	93. O número de leitos de terapia intensiva é compatível com o número de leitos do estabelecimento como um todo.	O, D			60,72,7 5
N	94. A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito.	O			60,72,7 5
R	95. A equipe multiprofissional é complementada por fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.	D,P			
R	96. A unidade calcula índices prognósticos e taxa de reinternação para subsidiar o gerenciamento da qualidade.	D			

91. A unidade deve contar com um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica; um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho e um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;

92. Os materiais e equipamento destinam-se ao atendimento imediato de urgências e emergências que ocorram na Unidade de Terapia Intensiva;

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

94. A unidade por ser destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco reduzindo os índices de infecção hospitalar e eventos adversos deve ser instalada em local específico e com acesso restrito;

95. A equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva já compreende médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas, e/ou a inclusão de fonoaudiólogos, psicólogos ou assistentes sociais;

96. Índices prognósticos são quaisquer índices que objetivam a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes gravemente enfermos. Estes índices possibilitam aferir, de maneira indireta a possibilidade de mortalidade dos pacientes gravemente enfermos. Os índices mais utilizados são: APACHE (em pacientes adultos), PRISM II (em pacientes pediátricos) e CRIB e SNAP (em neonatos).

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

17. ATENÇÃO CIRÚRGICA E ANESTÉSICA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	97. A unidade dispõe de roupas, equipamentos e materiais para a realização das cirurgias eletivas e mantém uma margem de segurança em estoque em casos de urgência.	O, D			15,72,75
I	98. A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.	O,D			2,12,78, 109
N	99. A unidade dispõe de sistema centralizado e dutado de gases medicinais.	O			72,75
N	100. A unidade gerencia o tempo de permanência do paciente na Recuperação Pós-anestésica (RPA) e garante a atenção por anestesista.	D,O , P			15,86,92
R	101. Todos os pacientes cirúrgicos recebem atendimento pré-anestésico por anestesista.	P			
R	102. A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.	D			

97. Este quesito destina-se a avaliar as condições mínimas de funcionamento do centro cirúrgico, além de avaliar se as cirurgias são canceladas por falta de roupa cirúrgica e materiais. Cada sala cirúrgica deve dispor de um equipamento de anestesia (carro), além de monitorização cardiovascular e respiratória;

98. O enfermeiro é o profissional responsável pelo gerenciamento e organização do Centro Cirúrgico, conforme referência normativa;

99. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o sistema de gases medicinais deve ser centralizado e fornecido através de dutos (“encanado”). Deste modo, não devem existir cilindros (“balões, torpedos”) de gases medicinais;

100. O tempo em que o usuário permanece na recuperação pós-anestésica deve ser o tempo necessário para que este paciente se recupere do estado anestésico, garantindo segurança mínima para a transferência do mesmo a uma unidade de internação, na qual não haverá uma monitorização tão intensa quanto na RPA. Por outro lado, o paciente deve ter assegurado condições mínimas de conforto ao se recuperar do estado anestésico, não permanecendo por tempo desnecessariamente longo na RPA. Esta assistência pós-anestésica deve ser garantida por profissional capacitado para tal (anestesista);

101. O paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico-anestésico deve receber uma avaliação global no período pré-anestésico, por profissional capacitado (anestesista) a diagnosticar possíveis riscos.

102. As unidades de centro cirúrgico são unidades isoladas do meio externo, com o objetivo de garantir uma maior assepsia e menor risco. Por conta disto, a maior parte apresenta sistemas de condicionamento do ar. Estes equipamentos precisam ser limpos periodicamente, além de haver um controle quanto à qualidade do ar climatizado gerado pelos mesmos, sob pena de risco aos usuários e funcionários do centro cirúrgico. Por este motivo, deve haver um plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado, conforme disposto nas normas referidas. Conforme RDC 09/2004.

ANEXO II



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS
GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Perfil do Usuário	
Idade:	Especialidade:
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Básico [1 ^o a 4 ^o série] <input type="checkbox"/> Fundamental [5 ^o a 8 ^o série] <input type="checkbox"/> Médio [2 ^o grau] <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós Graduação
<p>(A) Pergunta 01: Quanto tempo você levou para marcar esta consulta? _____.</p> <p>Você considera que:</p> <p><input type="checkbox"/> Demorou muito <input type="checkbox"/> Demorou <input type="checkbox"/> Demorou pouco <input type="checkbox"/> Não demorou</p> <p>Com esse tempo você se sente:</p> <p><input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito</p> <p><i>Agilidade e adequação no agendamento: compreende desde o primeiro contato para marcação da consulta, seja pelo PSF, centrais de marcação de consulta, até a efetiva marcação.</i></p> <p>(A) Pergunta 02: A consulta foi marcada para quanto tempo? _____.</p> <p>Você considera que:</p> <p><input type="checkbox"/> Demorou muito <input type="checkbox"/> Demorou <input type="checkbox"/> Demorou pouco <input type="checkbox"/> Não demorou</p> <p>Com esse tempo você se sente:</p> <p><input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito</p> <p>(E/A/I) Pergunta 03: Quanto tempo você levou para ser atendido neste serviço? _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Demorou muito <input type="checkbox"/> Demorou <input type="checkbox"/> Demorou pouco <input type="checkbox"/> Não demorou</p> <p>Com esse tempo você se sente:</p> <p><input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito</p> <p><i>Agilidade no atendimento dentro do estabelecimento pelo profissional de saúde.</i></p> <p>(E/A/I) Pergunta 04: A equipe de saúde demonstrou:</p> <p>Educação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Respeito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Interesse: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Em relação a isso (educação e respeito) você se sente?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito</p> <p><i>Todos envolvidos na assistência (Enfermeiros, médicos, apoio, segurança, administrativo e outros) prestam assistência de forma humanizada, com hospitalidade buscando proteger a integridade física e mental dos usuários e familiares.</i></p> <p>(E/A/I) Pergunta 05: Como você julga a limpeza dos ambientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim</p> <p><i>Ambientes são limpos, propiciando conforto e bem estar (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros).</i></p> <p>(E/A/I) Pergunta 06: Como você julga o conforto dos ambientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim</p> <p><i>Os ambientes são ventilados e iluminados e os móveis estão suficientemente limpos e íntegros propiciando conforto e bem estar (móveis, quarto, banheiro, recepção, salas de espera, consultórios e outros).</i></p>	

(E/A/I) **Pergunta 07:** O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir?

Sim Não Não percebido

Localização e orientação dos diversos setores, através de placas indicativas.

(E/A/I) **Pergunta 08:** Você sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

Sim Não Mais ou menos

Segurança e confiança do usuário e/ou familiares em relação aos profissionais que lhes prestam assistência.

(E/I) **Pergunta 09:** Você considera que as roupas fornecidas pelo estabelecimento são:

Limpas: Sim Não Não fornece

Confortáveis: Sim Não Não fornece

Roupas íntegras, limpas, sem cheiro forte e confortáveis.

Em relação a isso (limpeza e conforto das roupas) você se sente?

Muito Satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

(I/) **Pergunta 10:** Sobre a alimentação fornecida pelo estabelecimento, você esta?

Muito Satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Não Fornece

Refeição com boa aparência, quantidade suficiente e temperatura adequada. Mantendo horários pré-estabelecidos pela unidade ou conforme necessidade.

(E/A/I) **Pergunta 11:** Você teve informações e esclarecimentos sobre seu estado de saúde?

Sim Não

(E/A/I) **Pergunta 12:** Você sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?

Sim Não

(E/A/I) **Pergunta 13:** Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar?

Sim Não

(I/) **Pergunta 14:** Você acha que o tempo de permanência de visita permitido pela unidade é?

Maior que gostaria Como gostaria Menor que gostaria Não recebo visita

(I/) **Pergunta 15:** Caso tenha acompanhante o mesmo tem garantido pelo estabelecimento:

Alimentação: Sim Não As vezes

Acomodações satisfatórias (cadeira reclinável, banheiro, etc.):

Sim Não

(I/) **Pergunta 16:** Você gostaria de ter acompanhante de sua livre escolha?

Sim Não

(E/A/I) **Pergunta 17:** Você pagou por algum procedimento recebido neste atendimento?

Sim Não

(E/A/I) **Pergunta 18:** Expectativa: De uma maneira geral, você considera que este estabelecimento é?

Melhor que imaginava Igual ao que imaginava Pior que imaginava Não imaginava

ANEXO III

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
---	---

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

Perfil do Trabalhador					
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			Idade:	
Profissão:					
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação				
Carga Horária Semanal:					
Observação: <i>Preencha necessariamente todos os itens.</i>					
1. Qual o tipo de vínculo/ contrato formal de trabalho você tem com esse estabelecimento de saúde?					
<input type="checkbox"/> CLT [Contratado pelo próprio estabelecimento] <input type="checkbox"/> Concursado <input type="checkbox"/> Contrato temporário [sem CLT] <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Cargo Comissionado <input type="checkbox"/> Terceirizado [cont. por emp. Prestadora de serviço] <input type="checkbox"/> Autônomo					
2. Como você julga o (a):					
Carga de trabalho	<input type="checkbox"/> Alta		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Pouca
Tamanho (dimensionamento) da equipe	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Distribuição de tarefas	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Segurança para execução do trabalho	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Acomodações e mobiliário	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Higiene do ambiente	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Disponibilidade de materiais e equipamentos	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Salário	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Medicina do trabalho	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Relacionamento com a chefia imediata	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Estímulo do estabelecimento ao seu trabalho	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
Valorização do seu trabalho	<input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
3. As atividades que você realiza estão de acordo com cargo e/ou função para qual foi contratado?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
4. Você se sente motivado neste serviço?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
5. Você participaria das reuniões da equipe?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
6. Existe um local neste estabelecimento que acolha suas opiniões, reclamações e dificuldades?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
7. Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para um amigo ou parente?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
8. De forma geral você considera que este estabelecimento é:					
<input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito Ruim					

ANEXO IV

BLOCOS	CRITÉRIOS
I – GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Liderança e Organização
	2. Demanda, Usuários e Sociedade
	3. Gestão da Informação
	4. Gestão de Pessoas
II - APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	5. Gerenciamento de Risco
	6. Gestão da Infra-Estrutura Física
	7. Gestão de Equipamentos
	8. Gestão de Materiais
	9. Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas
	10. Alimentação e Nutrição
	11. Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT)
	12. Serviços de Hemoterapia
III - GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	13. Humanização da Atenção
	14. Atenção Imediata – Urgência/Emergência
	15. Atenção em Regime de Internação
	16. Atenção em Regime de Terapia Intensiva
	17. Atenção Cirúrgica e Anestésica
	18. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades*
	19. Atenção Materno-infantil*
	20. Atenção radioterápica*
	21. Atenção quimioterápica*
	22. Atenção ao renal crônico – Terapia renal substitutiva*

Crítérios dos padrões de conformidade.

*Crítérios não inclusos na avaliação pela ausência destes serviços na instituição.

ANEXO V

Funcionários por Classe Profissional	Porcentagem de valores
01 a 10	100%
11 a 12	90 %
13 a 19	80 %
20 a 30	70%
31 a 40	60%
Mais de 40	50% com no mínimo 20 profissionais

Representação da realização da amostragem profissional segundo o PNASS (2004).

ANEXO VI

Ministério da Educação
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
 DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 873/CEP- HUJM/2010

- “COM PENDÊNCIAS”
- APROVADO “ad referendum”
- APROVAÇÃO FINAL
- NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: “Gerenciamento da Qualidade da Assistência Hospitalar,” encaminhada pelo (a) pesquisador (a) **Aristides José da Silva Junior** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 13/10/2010 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 13 de Outubro de 2010.


Profa. Dra. Shirley Ferreira Pereira
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
 Avenida Fernando Corrêa da Costa, Nº 2367 Bairro Boa Esperança - Cuiabá - MT, Brasil
 CCBS I - 1º Piso - Universidade Federal de Mato Grosso
 Fone: 65-3615-8254. e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm