

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**Programa de Responsabilidade Social de Empresa na  
Melhoria da Gestão de Hospitais Filantrópicos.  
Estudo de Caso**

**Paulo Carrara de Castro**

Tese apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde  
Pública para obtenção do título  
de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração:  
Serviços de Saúde Pública

Orientador: Professor Doutor  
Eurivaldo Sampaio de Almeida

**São Paulo  
2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Programa de Responsabilidade Social de Empresas na  
Melhoria da Gestão de Hospitais Filantrópicos.  
Estudo de Caso**

**Paulo Carrara de Castro**

Tese apresentada ao  
Departamento de Prática de  
Saúde Pública da Faculdade de  
Saúde Pública da Universidade  
de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Saúde  
Pública

Área de Concentração:  
Serviços de Saúde Pública

Orientador: Professor Doutor  
Eurivaldo Sampaio de Almeida

**São Paulo  
2009**

## Dedicatória

Aos Hospitais Filantrópicos e Santas Casas, pela luta cotidiana árdua e incansável por valores humanitários que fazem a vida valer a pena.

## Agradecimentos

A minha família, que suportou com paciência e amor a peleja do autor para realizar este trabalho.

Ao Professor José da Silva Guedes, com quem venho aprendendo há 30 anos, que me fez adotar as Santas Casas como missão profissional e pessoal.

Ao grupo de consultores do CEALAG, ou melhor, de amigos, que efetivamente realizaram o trabalho brilhante que relato aqui e que formam um time invejável, do qual qualquer pessoa gostaria de pertencer.

Ao Nelson Aléssio, desprendido amigo de primeira hora, que com sua ajuda marcada pela seriedade e organização tornou este trabalho possível.

Aos colegas do Departamento de Medicina Social, com os quais venho aprendendo formas de como buscar ser um bom professor e de como se pode ter o melhor convívio profissional que alguém poderia desejar

Ao Professor Eurivaldo Sampaio de Almeida pela orientação parceira e consistente na condução deste trabalho.

A Ana Rosa, Márcia e Rodrigo cujo apoio e a amizade foram fundamentais.

## Resumo

Castro, PC de Programa de Responsabilidade Social de Empresa na Melhoria da Gestão de Hospitais Filantrópicos. Estudo de Caso [tese] São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009

**INTRODUÇÃO:** A conformação do sistema de prestação de serviços sociais e de saúde no Brasil contou desde o período colonial com a presença de instituições singulares de origem portuguesa, cuja pioneira foi a Santa Casa de Lisboa, fundada em 1498. Hoje essas instituições são responsáveis por 40% das internações realizadas pelo SUS no Brasil e cerca de 55% das realizadas em São Paulo. Apesar da enorme importância, já apresentada acima, na constituição da rede prestadora de serviços do SUS, as instituições filantrópicas sofrem de enormes dificuldades gerenciais, que são o resultado da dificuldade em se obter recursos humanos qualificados e da falta de recursos financeiros, particularmente aqueles originários de fontes públicas. Essa realidade proporcionou condições para que outros atores sociais, na atual evolução da estrutura sócio-econômica do país e especialmente no estado de São Paulo, se mobilizassem para criar novas formas de apoio a essas instituições filantrópicas. Nesse contexto a Companhia Paulista de Força e Luz, empresa responsável pela distribuição de energia em cerca de metade dos municípios do interior do estado de São Paulo desencadeasse um processo de apoio à melhoria da gestão dos hospitais filantrópicos atuantes na sua área de concessão de energia. Este trabalho buscou avaliar a formulação e desenvolvimento da implantação do Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos desenvolvido pela CPFL em duas regiões do estado e seus resultados. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo de caso, no qual se destacam a descrição e o relacionamento entre os fatores em cada situação, sendo que aos dados numéricos é dado um papel coadjuvante. Para a elaboração deste trabalho, no entanto, foi dada especial importância aos dados numéricos da assessoria prestada aos hospitais filantrópicos, pelo fato de servirem de base para a construção de um banco de dados municipal de informações sobre a evolução do programa. Portanto a análise a ser desenvolvida será também voltada à avaliação feita externamente aos hospitais filantrópicos incluídos nesta primeira fase do programa. **RESULTADOS.** Na descrição do processo de elaboração do programa de Revitalização, houve uma definição de acordos e parcerias entre diferentes agentes sociais que propiciaram a elaboração do Programa de Revitalização voltado à excelência da gestão. O programa se constituiu ao final com 4 componentes: criação de redes de apoio aos hospitais, assessoria direta, cursos e voluntariado. No que se refere à assessoria direta, a estratégia que se estabeleceu foi a de disponibilizar consultores em duplas com 16 hs semanais de trabalho presencial

em 6 hospitais definidos como referencias nos sistemas regionais e locais das regiões de Franca e Piracicaba. Essas regiões foram escolhidas por só terem hospitais filantrópicos em sua área de atuação.. Na avaliação quantitativa realizada pelo CQH em 4 visitas feitas aos hospitais mencionados, a evolução da pontuação obtida pelos hospitais foi bastante significativa, pois dada média inicial de 112,70, a média final foi de 379,50 para um total possível de 500 pontos. Na avaliação feita da relação entre a evolução da pontuação e as pautas de assuntos tratados nos Comitês de Revitalização dos hospitais e classificados por critérios de excelência, observou-se uma menor frequência de discussões sobre os critérios de excelência relacionados ao perfil do hospital, à sociedade e sobre informações e conhecimento institucionais. Nos demais critérios a frequência de pauta foi maior, porém se observa um melhor desempenho em termos de avaliação em liderança, em estratégias e planos e em clientes. O não tão bom desempenho em gestão de pessoas e gestão de processos pode ser atribuída a maior dificuldade em implementar determinadas ações que redundem em efeitos constatáveis a curto prazo. CONCLUSÕES: houve uma política eficaz de construção e implementação de um programa de responsabilidade social da empresa que congregou diferentes atores sociais. A estratégia de assessoria direta se mostrou adequada para promover impactos mensuráveis e significativos na gestão dos hospitais. A criação dos comitês de interlocução nos hospitais com representação de seus diversos setores se mostrou adequada, porém ainda necessita ser melhorada para que se possa alcançar melhores resultados.

Descritores. 1. GESTÃO EM SAÚDE 2. RESPONSABILIDADE SOCIAL 3. QUALIDADE EM SAÚDE 4. HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

## Summary

Castro, PC. Company Social Responsibility Program to Improve Philanthropic Hospital Management. Case Study [thesis] São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009

**INTRODUCTION:** Distinctive Portuguese institutions, as pioneer Santa Casa de Lisboa founded in 1498, have contributed to the structure of the social and health care service system in Brazil since the colonial period. Currently these institutions account for 40% of SUS (Unified Health System) hospitalizations in Brazil, and approximately 55% of hospitalizations in São Paulo. Despite the major importance mentioned above, philanthropic institutions have immense managerial difficulties in order to take part in the SUS services network, resulting in drawbacks to attain qualified human resources and lack of financial resources, mainly those of public source origin. This scenario enables other social players, in the current stage of the socio-economic structure of the country and especially in the state of São Paulo, to mobilize in order to create new ways to support these philanthropic institutions. In the present context, Companhia Paulista de Força e Luz, the company responsible for distributing electricity to roughly half of the cities in the interior of São Paulo triggered a process to support improvement in the management of philanthropic hospitals operating in its area of power concession. This study aimed to evaluate the preparation and development of the implementation of the Philanthropic Hospital Revitalization Program developed by CPFL in two regions of the state, and its results. **METHOD:** case study in which the description and relationship among factors in each situation stand out, with figures playing a supporting role. In order to prepare the study, however, special attention was given to the figures of the consulting services provided to philanthropic hospitals, given they were the foundation to build the information database on the development of the program. Therefore the analysis developed was also oriented toward the assessment carried out externally to the philanthropic hospitals included in the first stage of the program. **RESULTS.** In the description of the process to prepare the Revitalization Program, agreements and partnerships among the different social agents that enabled the preparation of the Revitalization Program oriented toward management excellence were defined. The program comprised 4 components: development of hospital support networks, direct consulting, courses and volunteer work. In relation to direct consulting, the strategy established was to make a pair of consultants available 16 hours per week with on-site work in 6 hospitals defined as references in the regional and local systems of the Franca and Piracicaba regions. The regions were chosen because they only had philanthropic hospitals in their area of action. The quantitative assessment performed through CQH in 4 visits to the hospitals



mentioned, and the development and score reached by hospitals was very significant, given there was a progression from an initial mean of 112.70, to a final mean of 379.50 within a total possible 500-point score. Regarding the assessment of the relationship between the development of the score and agenda of the issues discussed at Hospitals' Revitalization Committees and classified per excellence criteria, there were less frequent discussions on excellence criteria related to hospital profile, society and on information and institutional knowledge. Remaining criteria were more frequent in the agenda, but better performance in terms of leadership assessment, strategies and plans and clients was observed. Performance in people and process management was not as good maybe due to more drawbacks to implement certain actions that result in long term observable effects. CONCLUSIONS: there was an effective policy to build and implement a company social responsibility program that joined different social players. The direct consulting strategy was shown to be appropriate to promote measurable and significant impact on hospital management. The creation of interface committees at hospitals, with representatives from its several sectors proved appropriate, but still has to be enhanced in order to reach better results.

Keywords. 1. HEALTH MANAGEMENT 2. SOCIAL RESPONSIBILITY 3. HEALTH QUALITY 4. PHILANTHROPIC HOSPITALS

# Sumário

1. INTRODUÇÃO	
1.1. Hospitais Filantrópicos: suas origens evolução e situação atual.....	1
1.2. A concepção de qualidade em saúde.....	13
1.3. Iniciativas de responsabilidade social e a especificidade de São Paulo.....	17
2. OBJETIVOS	
2.1. Geral.....	25
2.2. Específicos.....	25
3. METODOLOGIA	
3.1. Desenho do estudo.....	26
3.2. Fontes de dados.....	28
4. RESULTADOS E ANÁLISE	
4.1. O processo de formulação do projeto as etapas, atores envolvidos e as proposições.....	34
4.2. Estratégias empregadas para a assessoria direta.....	54
4.3. Breve perfil dos hospitais filantrópicos incluídos na assessoria direta.....	56
4.4. Resultados das avaliações do CQH por hospital.....	65
4.5. Análise global dos hospitais.....	102

4.6. A análise do relacionamento da consultoria do Programa com os Comitês de Revitalização .....	106
5. CONCLUSÕES.....	109
6. BIBLIOGRAFIA.....	112
7. ANEXOS.....	117
8.1. Anexo 1 Carta de Adesão.....	118
8.2. Anexo 2 Caderno de Visitas do CQH.....	120

## 1. Introdução

### 1.1. Hospitais filantrópicos: suas origens, evolução e situação atual

A conformação do sistema de prestação de serviços sociais e de saúde no Brasil contou desde o período colonial com a presença de instituições singulares de origem portuguesa, cuja pioneira foi a Santa Casa de Lisboa, fundada em 1498. Esse movimento surgiu da convergência de interesses do nascente Estado moderno português, empenhado em mobilizar a sociedade e se postar como coordenador das ações coletivas e dos compromissos cristãos em assistir e socorrer a população carente. Esses compromissos, transcritos abaixo persistem até a atualidade nas cartas de fundação das irmandades<sup>1</sup>:

***”Item pois o fundamento desta santa confraria e jrmyndade he cumprir as obras de misericórdia. he necessaryo saber as ditas obras. que sam xiiij.s. sete espirituaes. ensynar hos simpres. e dar bõo conselho a quen o pede. castiguar com caridade os que erram. consolar os tristes e desconsolados. Perdoar a quem errou. sofrer as jnurias com pacientia. Rogar a deos pellos vivos e mortos. Item as corporaes sam. s. Remir cativos e presos. Visitar e curar os enfermos. cobrir os nuus. Dar de comer aos famyntos. Dar de beber aos que am sede. dar pousada aos perygrinos e pobres. Emterar os fynados. As quais obras de misericordia se compriram quanto for posyvell em a maneira abaixo deccrarado.”***

“

Essa mobilização se dá num sentido inverso ao proclamado pela Igreja na época, pois se caracterizou por apresentar uma proposição organizacional cuja condução era e ainda é predominantemente laica (Abreu, 2001).

---

<sup>1</sup> Extraído de “Souza IC O Compromisso primitivo das Misericórdias portuguesas Revista da Faculdade de Letras. História. - Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto. - Série I, vol. 1, nº 1(1972)

No contexto colonial brasileiro, o papel social dessas instituições variou em amplitude, porém se mostrou afinado com objetivos estabelecidos pelas primeiras Santas Casas. Criadas ainda no século XVI em Santos, Bahia, Olinda e São Paulo e ligadas a ordens religiosas inspiradas nas ações misericordiosas e nos conceitos e práticas trazidos pelos jesuítas, representaram um local para o acolhimento de pessoas necessitadas (Ibañez, 2005).

Numa ótica mais abrangente, as Santas Casas cumpriram um papel importantíssimo: congregar os líderes comunitários em Irmandades de Misericórdia, conferindo um sentido coletivo às ações e, implicitamente, garantir a continuidade e expansão dos interesses, nas modalidades de relação política com a Igreja e da tradição cultural lusitana na colônia.

A superação do período colonial abriu novas possibilidades de atuação dessas instituições. Acompanhando as conjunturas impostas pelos diferentes ciclos econômicos e suas diferenciações regionais, as Santas Casas ampliaram e tornaram complexas suas formas de atuação junto aos necessitados, incorporando, boa parte delas, já no início da fase republicana, as funções de hospital num sentido mais contemporâneo.

Um levantamento preliminar das datas de fundação das Santas Casas no Estado de São Paulo, mostra a seguinte ordem cronológica: a Santa Casa de Santos foi criada em 1543, seguindo-se o estabelecimento de instituições congêneres em São Paulo (1569), Sorocaba (1803), Jacareí (1850), Piracicaba (1856), Ubatuba (1856), Pindamonhangaba (1863), Lorena (1867) e Guaratinguetá (1869). Até o final do século XIX mais 28 municípios paulistas se incorporaram à lista de detentores de instituições similares.

No caso paulista, a expansão dessa rede de instituições a partir do século XIX permite associar esta ordem cronológica ao ciclo econômico do café, à imigração européia, à ocupação de novas áreas do estado e ao advento e rápida expansão da malha ferroviária regional.

Podem ser considerados como fatores intervenientes importantes para o entendimento da formação e da atuação destas instituições, o desenvolvimento econômico, as transformações sociais intrínsecas ao processo de avanço da ocupação do território, a importância dos atores sociais locais e as novas relações com os poderes públicos constituídos.

O modelo desenvolvido inicialmente pelas Santas Casas se mostra plausível de ser reproduzido em outras iniciativas comunitárias, já agora assumidas por diferentes segmentos sociais, como as colônias de migrantes, que além de apontarem para mesma ideologia de auxílio aos mais necessitados, buscam ampliar seu reconhecimento na sociedade. Com a exceção da Beneficência Portuguesa de São Paulo, a partir da segunda década do século XX surgem os hospitais comunitários que, somados às Santas Casas, formam a grande rede de hospitais filantrópicos existente hoje no Brasil.

Essas instituições, por um bom tempo, foram mantidas pelas suas comunidades e, particularmente, pelos seus irmãos ou sócios, que, em geral, eram pessoas mais abastadas e contribuía regularmente com dinheiro, bens de consumo ou imóveis, muitas vezes deixados na forma de testamento.

À medida que aumentou a carga tributária sobre os cidadãos e empresas, decresceram as contribuições espontâneas, essenciais à manutenção das atividades das entidades filantrópicas. O mesmo ocorreu a partir do momento em que elas passaram a receber recursos financeiros pela prestação de serviços, de início do INAMPS e Funrural e, atualmente, do SUS.

Há um consenso estabelecido mais recentemente (Oliveira e Junqueira, 2003; Portella et al, 2002) de que essas instituições representam um dos segmentos mais importantes na assistência hospitalar brasileira. Isto se deve em parte às adequações em sua operação assumidas por essas instituições frente às políticas de saúde que, iniciadas em 1930, resultaram na implantação de sistemas de previdência social e assistência médica a determinados grupos

sociais, culminando, em 1988, na promulgação da Constituição Federal Brasileira que consagrou a saúde como direito social.

Em seu art.199, a Constituição Federal estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar da assistência à saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, dando-se preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (CF, 1988).

Apesar de serem, segundo o dispositivo constitucional, parceiras preferenciais do SUS, na prática isto se dá de forma muito tênue, sem uma sistematização adequada. Não há uma sinergia contribuindo para uma ação ordenada, possibilitando o aumento da eficiência e eficácia na prestação de serviços.

Sua distribuição abrange das capitais até o interior do país, conformando uma vasta rede de serviços de saúde.

Em 1963, é criada a Confederação das Misericórdias do Brasil, num momento de crise política e, na qual, os hospitais filantrópicos e Santas Casas buscam preservar sua condição de entidades especialmente consideradas pelo estado brasileiro. Muitas de suas lutas, como a manutenção de determinadas imunidades e isenções tributárias, assim como sua ampliação ou atualização, tiveram sucesso e mantêm até hoje uma condição de parceiro privilegiado do estado e particularmente do SUS. A Confederação das Misericórdias é composta hoje por 17 Federações estaduais, congregando mais de 2100 instituições filantrópicas.

Porém, cada entidade filantrópica tem uma postura personalíssima e individualizada sobre essa participação no SUS, ao tempo em que, com raríssimas exceções, o mesmo ocorre com os gestores estaduais e municipais em relação a elas. Isto tem resultado, na maioria das vezes, numa inserção apenas parcial, forçando muitas delas a adaptarem-se ao atendimento da

demanda espontânea, à necessidade de faturamento com base na tabela do SUS, com as conseqüentes distorções decorrentes desta prática.

Alguns resultados de um estudo conduzido pela ENSP/FIOCRUZ em conjunto com o BNDES (Portella et al, 2002 op) merecem destaque. Com base em censo hospitalar realizado através de questionário enviado e respondido pelo correio, foi possível obter as seguintes informações:

- Dos quase 450 mil leitos hospitalares do SUS-Brasil, cerca de 150 mil são de hospitais filantrópicos;
- 81% dos hospitais filantrópicos localizam-se no interior dos estados;
- Em 54% dos casos são os únicos hospitais do município;
- Pouco mais de 1/3 deles localiza-se em municípios com menos de 20 mil habitantes;
- Na amostra, 74% têm até 100 leitos e 41% menos de 50 leitos;
- 75% não têm UTI.

É bastante evidente a dimensão da rede de unidades e também de prestação de serviços hospitalares proporcionada pela rede filantrópica, assim como a capilaridade atingida por ela no interior do país.

Os dados obtidos pelo DATASUS também revelam a dimensão da importância dos hospitais filantrópicos para a prestação de serviços do SUS. As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam a participação dos hospitais filantrópicos no conjunto de serviços existentes e prestados pelo SUS em 2006.

**Tabela 1. Participação dos hospitais filantrópicos na rede hospitalar do SUS, por tipo de hospital, Brasil, dez 2006**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Ent. s/f lucrat</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%Total</b>
Hospital especializado	151	10,0	1.220	12,4
Hospital geral	1.358	90,0	5.218	26,0
Total hospitais	1.509	100,0	6.438	23,4
<b>Total de estabelecimentos</b>	<b>1.552</b>		<b>8.379</b>	<b>18,5</b>

fonte: DATASUS (acesso janeiro 2009)



Na observação da tabela 1 constata-se que os hospitais filantrópicos contribuem com 23,4% dos hospitais do país, sendo que 90% deles são hospitais gerais. No total de estabelecimentos, o que inclui outros equipamentos além dos hospitais, a participação da rede filantrópica diminui significativamente. Pode-se concluir que a rede filantrópica é quase que inteiramente constituída por unidades hospitalares.

**Tabela 2. Proporção de leitos dos hospitais filantrópicos na rede hospitalar do SUS, por região e o Estado de São Paulo, Brasil, 2006**

Região/UF	Públicos	Filantrópicos	Outros	Total	% filantrópicos
Região Norte	16.701	2.189	5.565	24.455	9,0
Região Nordeste	57.878	23.051	30.742	111.671	20,6
Região Sudeste	58.409	64.217	27.688	150.314	42,7
Região Sul	14.819	27.695	16.162	58.676	47,2
Região Centro-Oeste	13.750	6.099	9.337	29.186	20,9
<b>TOTAL</b>	<b>161.557</b>	<b>123.251</b>	<b>89.494</b>	<b>374.302</b>	<b>32,9</b>

fonte: DATASUS (acesso janeiro 2009)

Quanto ao número de leitos disponibilizados ao SUS, a rede filantrópica participa com cerca de 33% do total para o país. Essa participação varia nas diferentes regiões, com uma maior participação na Sudeste e Sul.

**Tabela 3. Proporção de internações na rede hospitalar do SUS, por natureza de hospital, Brasil, 2006**

Natureza	Internações	%
Próprio*	3.166	0,0
Contratado	1.839.976	16,2
Federal	428.322	3,8
Estadual	2.147.011	18,9
Municipal	2.332.178	20,6
Filantrópico	4.572.548	40,3
Outros	14.838	0,1
<b>Total</b>	<b>11.338.039</b>	<b>100,0</b>

fonte: DATASUS (acesso janeiro 2009)

\*hospital próprio: aqueles que pertenceram ao antigo INAMPS.

Ao considerar o volume de internações, a participação proporcional da rede filantrópica aumenta, atingindo mais de 40%. Essa participação vem aumentando ao longo dos últimos 10 anos e consolidando, de certa forma, a proposição constitucional de o poder público buscar parcerias, na órbita do SUS, no segmento filantrópico de prestação de serviços de saúde.

Lima e al (2004), a respeito do mesmo estudo desenvolvido pela FIOCRUZ, classificaram os hospitais filantrópicos quanto sua capacidade gerencial em 3 categorias, com base, dentre outros critérios, na sua estrutura de direção, nos instrumentos de planejamento, na estrutura econômico-financeira e na de recursos humanos e na estrutura e procedimentos de controle/avaliação da qualidade da assistência em: incipiente, quando poucas das condições de gestão nessas áreas estão presentes; em desenvolvimento, numa situação intermediária e avançada, quando todos estão atendidos. Na amostra estudada, composta por 63 hospitais filantrópicos, 83% foram considerados incipientes e nenhum avançado.

A despeito da enorme importância, já apresentada acima, na constituição da rede prestadora de serviços do SUS, as instituições filantrópicas sofrem de enormes dificuldades gerenciais, que são o resultado da dificuldade em se obter recursos humanos qualificados, propostas organizacionais que considerem a qualidade e a efetividade na prestação de serviços com base nos princípios constitucionais da saúde e o precário financiamento proporcionado pelo SUS.

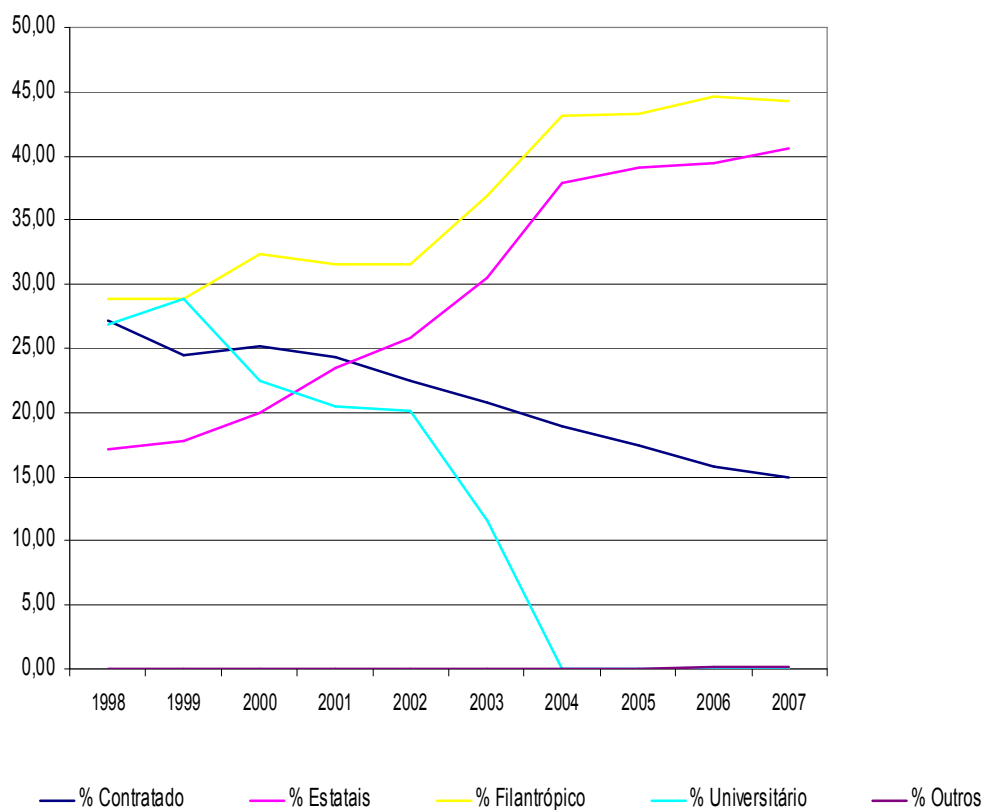
Ainda a respeito desse estudo, numa amostra de hospitais filantrópicos na qual a análise foi conduzida com mais profundidade quanto aos aspectos de financiamento, alguns dos resultados relevantes são:

- 64% de sua receita são provenientes de recursos federais. O restante é proveniente de fornecimento de assistência hospitalar a planos privados de saúde.
- particulares/estados/municípios oferecem pouca ajuda, pois as subvenções ou doações representam apenas 1,6% da receita.

- nos 3 anos cobertos pelo estudo o déficit acumulado, principalmente dos pequenos hospitais alcançou 9,7% do faturamento nominal.

O gráfico 1 mostra a participação proporcional dos hospitais filantrópicos no financiamento das internações pelo SUS.

**Gráfico 1 Proporção do financiamento das internações por natureza do prestador, 1998 a 2007, Brasil**



Fonte: DATASUS (acesso janeiro 2009)

Observa-se a crescente participação do segmento filantrópico no total dos recursos despendidos pelo SUS para financiar as internações hospitalares. Há uma evidente substituição da rede contratada privada lucrativa pelos hospitais estatais e filantrópicos, o que se pode considerar também um aumento da dependência dessas últimas do SUS para sua sobrevivência.

Por outro lado, como vimos na tabela 1, 90% dos hospitais filantrópicos são hospitais gerais e que, na sua quase totalidade prestam serviços no nível de atenção hospitalar secundária. Esse nível constitui o conjunto de ações de saúde mais mal remunerado da tabela SUS. Carvalho (2007) cita trabalho realizado pela PLANISA, no qual os procedimentos de alta complexidade, algumas situações tem uma remuneração mais que duas vezes maior que seu custo, enquanto que outros, de média complexidade, têm cobertura remuneratória que não alcança 50%, como apendicectomia, colecistectomia e crise hipertensiva. Isso carrega um crescente e acumulativo ônus financeiro para a instituição filantrópica que tem, como se viu, no SUS, a principal fonte de financiamento de suas despesas correntes.

Essas circunstâncias de escassez de recursos, como já foi dito, se aliam às dificuldades dos hospitais filantrópicos em modernizar sua gestão, convivendo com formas muito ultrapassadas de processos gerenciais, muitas vezes chegando até a recorrer a métodos artesanais de administração. A modernização da modelagem gerencial, incluindo princípios de excelência e qualidade na gestão e prestação de serviços é também essencial à sobrevivência dessa imensa rede de instituições. Esses princípios serão tratados adiante.

Todos esses fatores apontam para o crescente risco de que muitos desses hospitais não sobrevivam e ressalta a necessidade de que haja um tratamento especial por parte do poder público e de investimentos que evitem a decomposição dessa rede.

De outro lado, as questões relativas ao Estado e suas funções vêm sofrendo nas últimas décadas um intenso debate relativo às análises sobre as mudanças que vêm ocorrendo nos campos econômico, político, social e técnico/científico e que convencionalmente têm sido chamadas de processo de globalização. No entanto, as diferentes concepções do papel do Estado mais

contemporâneo têm conduzido a agendas e processos de reforma diferenciados (Pereira, 1997).

Num dos seus relatórios periódicos sobre o desenvolvimento mundial, o Banco Mundial (WB, 1997) destaca quatro acontecimentos que propiciaram novos questionamentos sobre a função do Estado:

- “(1) a desintegração das economias planejadas da União Soviética e Europa oriental;
- (2) a crise fiscal do Estado Previdenciário na maioria dos países industriais;
- (3) a relevante participação do Estado no ‘milagre econômico’ do leste da Ásia;
- (4) a minoração do papel do Estado e a explosão de emergências humanitárias em várias partes do mundo”<sup>2</sup>.

Mais modernamente, há autores como Claus Offe (in Hofling, 2001) que compreendem o papel do estado como sendo principalmente o de regulador das relações sociais respondendo às relações capitalistas e não ao interesse do capital propriamente.

Do processo de desenvolvimento de diferentes formações econômicas e sociais, bem como das desigualdades regionais presentes em diferentes países, emergem particularidades nos processos de reforma dos Estados e, ao mesmo tempo, define-se uma pauta de preocupações comuns no sentido de melhor capacitá-los a intervir e implementar políticas econômicas, manter a ordem pública e oferecer serviços sociais de boa qualidade (Kaufman, 1988).

No caso brasileiro as propostas de reforma do Estado, têm como contexto nas duas últimas décadas as profundas transformações no quadro político, com a redemocratização com eleições diretas e a instalação da assembléia constituinte. No campo econômico com as políticas de ajuste de corte neoliberal, privatizações, crescimento do capital financeiro e, nas

---

<sup>2</sup> Tradução pessoal

questões sociais, a ampliação das desigualdades regionais, piora na distribuição de renda e aumento do desemprego.

Num sentido contrário, a política de reforma setorial da saúde que cria o SUS (Sistema Único de Saúde) passa a adotar os princípios doutrinários da universalidade (saúde como direito do cidadão e dever do Estado); equidade (assegurar ações e serviços em todos os níveis de acordo com as necessidades) e integralidade (ações de promoção, proteção e recuperação da saúde). Quanto ao setor privado da saúde, o texto constitucional coloca sua complementaridade, entendida quando da insuficiência da provisão por parte setor público devendo ser exercida através de contratos regidos por normas de Direito Público e de preferência com serviços privados não lucrativos (setor filantrópico) (Constituição federal).

Na década de 90 a implementação desse sistema esbarrou em problemas estruturais do estado brasileiro, principalmente pela crise econômica e, nesse particular a previdenciária e pela crise administrativa do Estado brasileiro. As propostas de reformas focalizaram mais os aspectos relacionados ao seu tamanho, iniciando um processo de privatizações ancoradas em argumentos da ineficiência intrínseca do setor público na administração. São exemplos dessa reforma os projetos da área de previdência e de reforma da administração pública federal.

O extinto MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado) elaborou um plano diretor orientado pela reforma proposta, buscou estabelecer a definição e conceituação de aparelho de Estado, dos setores de Estado e das formas de propriedade e administração.

A proposta de modernização da administração pública deveria passar da atual forma burocrática para uma forma gerencial, que, no caso das atividades exclusivas, se implementaria por agências autônomas e para os serviços não exclusivos através das organizações sociais, acompanhadas pelo programa de publicização.

Na proposta formulada pelo MARE, as organizações sociais se caracterizam como entidades de interesse social e utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos e outras ainda que pudessem surgir da substituição de órgão público de qualquer ordem de figura jurídica pela sua extinção institucional. Haveria uma aprovação formal da área estatal correspondente e o instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a organização social.

Dessa forma, corresponderia ao setor saúde, nesse contexto, um núcleo estratégico composto pelos três níveis de governo responsáveis pelo planejamento e formulação de políticas públicas. As atividades exclusivas do Estado na saúde, conferidas pelo seu poder extroverso, seriam as de regulamentação, fiscalização e fomento das políticas. Nas não exclusivas, atuaria também com organizações públicas não estatais e privadas, especialmente as filantrópicas, provedoras de serviços, como os hospitais e outros serviços de apoio diagnóstico-terapêutico. A produção de bens e serviços para o mercado, que corresponderia às empresas e seguros de saúde, se caracteriza hoje como o setor privado lucrativo (assistência supletiva).

A experiência secular das Santas Casas e dos demais hospitais filantrópicos, enquanto um tipo de organização social que implantou um modelo nacional de atuação e participou ao longo da história das políticas sociais em diferentes momentos das relações entre o Estado e a sociedade civil brasileira, é central para a compreensão e implementação das políticas sociais da área da saúde. O entendimento deste processo induz à idéia do estabelecimento de um ponto de convergência entre a atual reforma do estado e a implementação de políticas na área da saúde através de instituições não governamentais, ligadas a diferentes formas de participação da sociedade civil na provisão de serviços.

## 1.2. A Concepção de Qualidade em Saúde

O conceito de qualidade, por seu turno, também apresenta uma evolução bastante antiga, pois, de certa forma, já no início da era industrial, alguns procedimentos do que se poderia denominar de inspeção sobre os produtos, estariam presentes nas fábricas.

Mais modernamente, a filosofia e a tecnologia da qualidade apresentaram um forte impulso no século XX, após a segunda guerra mundial, principalmente no período em que se implementou o plano de recuperação da economia japonesa e a introdução de princípios e técnicas de controle total de produção (Gurgel Júnior et al., 2002).

Em várias partes do mundo, técnicas de melhoria e controle de qualidade foram criadas e, por vezes, agregadas às demais, em circunstâncias nas quais a competitividade é intensa num mundo globalizado.

A aplicação de técnicas de qualidade originou a criação de certificações que, através de rigorosos padrões que abrangem inclusive os processos de produção, avaliam os produtos finais da empresa e lhes conferem maior credibilidade que permite maiores oportunidades de disputa de mercado.

Hoje a qualidade é considerada como um conjunto de atributos que são essenciais à condição de poder disputar mercado ou até de estimulá-los, para qualquer empresa. Desta forma, toda a estratégia empresarial de qualidade tem sido gerida, pela cúpula das empresas e estas tem organizações de modo a conferir estrutura própria e condições para as práticas de qualidade.

Um dos elementos chave na concepção e nos resultados a serem obtidos quando da introdução de processos de qualidade é a redução dos custos. Em todas as técnicas a eficiência dos procedimentos e dos sistemas é base e indicador na implementação da prática de qualidade. É inquestionável que isto seja matéria própria da preocupação dos dirigentes quanto à sobrevivência e lucratividade das empresas em sua maioria.



No campo da Saúde, o uso dos instrumentos ligados à qualidade deve ser assumido em circunstâncias bastante particulares.

A primeira delas a ser considerada é o fato de que o chamado “mercado de saúde”, diferentemente dos demais, está submetido a uma imensa regulamentação que inclui normas que vão desde princípios ligados ao exercício da cidadania, como no Brasil, fatores vinculados a questões éticas e sanitárias.

Outra está no fato de que toda a prática de mercado, no campo assistencial, ser mediada por profissionais especializados, o que coloca o usuário/cidadão numa condição objetivamente menos influente e eleva a importância dos técnicos da área na mobilização e definição de interesses mercadológicos.

Uma terceira se refere aos tipos de unidades prestadoras de serviços na saúde, dentre os quais sobressaem os hospitais. Essas unidades são consideradas de gestão complexa, com algumas características que lhes são peculiares, dentre as quais se destacam: equipe multidisciplinar com alto nível de especialização, local de práticas de ensino-aprendizagem e existência de uma burocracia profissional de forma estrutural com alta concentração de poder na operação da prestação dos serviços (Minthzberg, 1995). Dessa forma, as relações de influência que se estabelecem no interior dessas organizações não se fazem de forma semelhante à maioria, na qual a direção tem alta capacidade de concentração de poder e fez valer essa condição ao definir as estratégias e prioridades, o modelo operativo e o seu ritmo de execução. No campo da saúde, as organizações necessitam implementar um intenso processo de negociação, no qual a corporação técnica atuante possui relevante papel.

Os programas de qualidade, ao serem introduzidos na gestão dos serviços de saúde, mais especialmente no âmbito hospitalar, devem reconhecer essas especificidades e necessariamente passar por processos de adequação.

O fato de que a redução ou o controle dos custos, principalmente na saúde onde eles se elevaram exponencialmente, ser um dos principais fundamentos e motivador dos programas, como já foi mencionado, determina, na prática, freqüentemente, o aparecimento de grandes resistências à idéia de eficiência e eficácia, especialmente no meio médico. Processos de implementação de programas de qualidade sem os necessários cuidados são excepcionais oportunidades para ocorrência de retumbantes fracassos na tentativa de implementar programas de qualidade na saúde (Gurgel Júnior, 2003).

Portanto, mais do que concepções mecanicistas ou biologicistas, as quais proporcionaram os marcos fundamentais para a produção do instrumental de qualidade, é preciso considerar que o conhecimento sobre fenômenos sociais é fundamental para aumentar a possibilidade de adaptação bem sucedida dos programas de qualidade total na área da saúde (Gurgel Júnior, 2002).

No entanto, há que se reconhecer o fato de que esse apelo à qualidade trouxe consigo uma retomada de princípios de humanização do atendimento, transferindo o foco da melhoria da prestação dos serviços para o usuário ou cliente e reconduzindo a preocupação com a missão, visão e valores institucionais. Obtém-se assim a ascensão a patamares mais elevados de ética e exercício de cidadania na saúde (Vaitsman et al, 2005).

Os programas de qualidade hospitalar, no Brasil, tiveram grande impulso a partir do final da década de 80 do século passado, com a institucionalização das premiações concedidas às empresas ou instituições que se comprometessem a implantar programas de qualidade baseados em critérios de excelência em gestão.

Do ponto de vista mais geral, em 1981 foi criada a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), por iniciativa de 39 empresas públicas e privadas que instituíram o prêmio que laureia todos os anos aqueles que, de acordo com uma comissão de juízes devidamente capacitados, alcançam os

níveis de aprimoramento na gestão de seus serviços preconizados pelos critérios de excelência.

Especificamente para a área da saúde, também foram criados prêmios similares atribuídos por instituições congêneres às anteriores, das quais se destacam duas: a Organização Nacional de Acreditação, entidade que trabalha com base em critérios originários de experiências internacionais, principalmente aquelas advindas de organismos similares à Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Moreno Jr, 2005), que desenvolveu o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e que concede certificações às instituições que se vinculam a esse sistema de normas de qualidade.

Outro programa é o do Compromisso para a Qualidade Hospitalar (CQH). Criado no início da década de 90 é patrocinado pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e se trata de um sistema de adesão voluntária no qual as instituições de saúde seguem um rol de recomendações que norteiam a busca pela certificação. Este programa, apesar da maioria de seus apoiadores serem do Estado de São Paulo, já possui adesões de instituições de outros estados e outorga o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde que tem o apoio do comitê de saúde da Fundação Nacional da Qualidade.

O advento desse tipo procedimento no campo da chamada busca pela excelência ou pela qualidade reproduz uma lógica de “espírito de competição” mais afeita à iniciativa privada e à disputa de mercados, já que se apregoa a existência de uma série de vantagens mercadológicas obtidas a partir da publicidade advinda da conquista desses prêmios.

É justo que se reflita sobre o fato de que os programas de qualidade também trouxeram aos cenários das discussões prioritárias na saúde a necessidade de se avaliar amplamente a prestação de serviços, na sua operação, forma e conteúdos e se desenvolva e aprimore o instrumental técnico que se dispõe, pois não é mais tolerada socialmente uma postura omissa frente

à prolongada crise que persiste em retardar as melhorias possíveis na saúde nacional e as respostas às exigências propiciadas pelo exercício do direito à saúde aos cidadãos brasileiros.

### **1.3. Iniciativas de responsabilidade social e a especificidade de São Paulo**

Um fato importante no contexto da chamada globalização da economia é a retração do papel do estado na implementação de políticas públicas. O ideário neoliberal que sustentou a fase inicial do movimento, poupa o Estado de suas obrigações sociais com uma diminuição de investimentos nessas áreas e, em alguns casos, privatização de serviços e programas. O cenário da problemática social se abre assim para iniciativas de sociedade civil de forma intensiva e mais aprofundada, momento em que as iniciativas chamadas de “responsabilidade social ganham relevo e obrigação diferenciados, principalmente no que se refere à atuação das empresas públicas e privadas” (Rico, 2004).

A incorporação de “atividades voltadas às necessidades sociais no cardápio de interesses das empresas reflete algumas transformações importantes no papel a ser por elas representado”.

A história da responsabilidade social, de acordo com alguns autores (Grafigna, 2005) começa no final do século XIX, com Charles Booth, um empresário de navegação de Londres que produz um imenso levantamento sobre a pobreza da cidade e incorpora algumas das conclusões como diretrizes em sua empresa que proporcionou mais segurança e bem estar aos seus empregados.

Há menções de alguns estudos também no início do século XX, nos quais seus autores afirmam que seria importante que as empresas incluíssem outros objetivos dentre as suas preocupações além do lucro.

Uma corrente bastante representativa do empresariado defende que o comportamento das empresas deve se pautar exclusivamente pela busca de maximização de seus lucros dentro das regras do jogo da livre competição de mercado. Dessa forma, a oferta de empregos e a atividade comercial proporcionada pelas empresas já seriam medidas suficientes para considerar concretizado um quadro de alcance social.

De outro lado, há outros posicionamentos quanto ao significado de responsabilidade social. Nos anos 50, as proposições firmadas por H.R. Bonen (1957), nas quais se propugnava que as “empresas tinham o dever moral de implementar políticas, tomar decisões ou seguir linhas de ação que fossem compatíveis com os objetivos e valores da sociedade”.

Ao longo do tempo, os ideais relacionados ao conceito de responsabilidade social se desenvolveram e alcançaram um nível de diferenciação que consolidou comportamento empresarial amplamente reconhecido e preconizado.

Na atualidade, talvez motivada pelo volume da produção sobre o assunto e iniciativas diversificadas, não há precisamente uma definição firmada de responsabilidade social e da chamada cidadania corporativa, esta mais voltada ao chamado desempenho social de empresa (Lara, 2004)

Nos anos 80, o processo de globalização de economia aliado à onda neoliberal que subtraiu várias das funções do Estado, abriu campo para o crescimento de atividades empresariais privadas e também para o aumento das emergências sociais tornando-se um campo propício ao fomento de iniciativas de responsabilidade social.

De qualquer forma, sob o aspecto dos tipos de atuação, surgiram quatro dimensões consideradas importantes para as categorias dos programas das empresas e que podem se realizar isolada ou conjuntamente:

- dimensão econômica: voltada para satisfação dos acionistas.
- dimensão legal: fundamentada no respeito às leis e regulamentos.

- dimensão ética: considera o exercício de padrões de conduta considerados aceitáveis e determinados pela sociedade.
- dimensão filantrópica: envolvimento em papéis ou atividades sociais não legalmente obrigatórias e que enfocam o enfrentamento das questões que visem à melhoria da sociedade. (Lara, 2004).

Considerando que há inúmeras formas e intensidades de incorporação das atividades de cidadania corporativa as empresas públicas ou privadas, desenvolvem seus Programas de Responsabilidade Social inspiradas por modelos gerenciais mais modernos.

É evidente que essa postura empresarial mais “conseqüente” como já foi dito, também inclui interesses comerciais, principalmente pela valorização dos seus ativos circulantes e pelo aumento da capacidade de obtenção de incentivos e créditos através de agências governamentais de financiamento. O fato é que esses programas têm um grande poder mobilizador e produzem, hoje uma agregação de valores às atividades e iniciativas empresariais, além de aumentar o engajamento dos funcionários/colaboradores e da população.

O Estado de São Paulo concentra boa parte da população e da economia do país. Segundo IBGE (2009)(colocar na biblio acesso 25/040), a participação do estado no PIB nacional, em 2005, foi de 33,9%, além do que a estimativa populacional e de indústrias no estado em relação ao país, para 2007, era de 21,65% e 35,72% respectivamente. Para outros dados econômicos também há um significativo destaque para São Paulo e no setor social, especificamente no campo da saúde isto se repete.

**Quadro 1 Participação do Estado de São Paulo na rede hospitalar nacional do SUS, Novembro 2007**

Tipo	Estado de São Paulo	Brasil	%
Estabelecimentos	677	6.110	11,1
Leitos	27.346	161.488	16,9
Internações	2.305.034	11.330.096	20,3

Fonte: DATASUS

Como se observa no quadro 1, dos cerca de 6100 estabelecimentos de saúde onde se realizam internações, 11,1% estão em São Paulo. Há uma

importante participação relativa também na proporção de leitos e de internações. Na estrutura ambulatorial, para o mesmo ano, 21,55% dos consultórios básicos e 27,02% dos consultórios de especialidades encontravam-se no estado. (DATASUS, 2009).

Essa rede hospitalar teve uma forte expansão no final da década de 90, quando um grande processo de retomada das obras de construção de hospitais que estavam paralisadas através de recursos estaduais. São cerca de 20 obras distribuídas pelo estado que a Secretaria Estadual de Saúde começou a finalizar no final dos anos 90. Com a aprovação da lei complementar estadual 846, de junho de 1998, escorada na lei federal 9637/98, abriu-se a possibilidade legal de estabelecer parcerias entre entidades sem fins lucrativos e a Secretaria Estadual para uma gestão compartilhada dessas unidades. Varias instituições filantrópicas se tornaram administradoras de unidades hospitalares, qualificadas daí por diante como Organizações Sociais (OS).

Paralelamente, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo inicia um processo de subvenção de prestação de serviços hospitalares no âmbito das entidades filantrópicas. Esses recursos são transferidos uma vez por ano e os critérios de distribuição são discutidos e firmados entre o órgão estadual e as entidades representativas do segmento filantrópico. Se constitui assim um cenário favorável para o aprofundamento dessas parcerias público-privadas no estado de São Paulo como se verá a adiante.

Acrescente-se que rede hospitalar de São Paulo apresenta, dentre outras, uma característica bastante peculiar a alguns estados da federação: a significativa participação de instituições filantrópicas, particularmente no interior do estado.

No quadro 2 têm-se a dimensão da importância dos hospitais filantrópicos na prestação de serviços de internação no SUS.

**Quadro 2 Leitos hospitalares do SUS por Unidade da Federação, Brasil, novembro de 2007**

UF	Filantrópico	Total	%
Acre	202	1.345	15,02
Alagoas	1.187	5.829	20,36
Amapá	119	941	12,65
Amazonas	236	5.251	4,49
Bahia	6.615	27.071	24,44
Ceará	3.219	15.664	20,55
Distrito Federal	347	4.928	7,04
Espírito Santo	2.401	6.055	39,65
Goiás	2.510	13.499	18,59
Maranhão	1.107	14.167	7,81
Mato Grosso	1.138	5.351	21,27
Mato Grosso do Sul	2.459	4.393	55,98
Minas Gerais	16.988	35.695	47,59
Pará	1.195	11.512	10,38
Paraíba	1.088	9.435	11,53
Paraná	6.779	22.780	29,76
Pernambuco	2.878	19.354	14,87
Piauí	692	7.632	9,07
Rio de Janeiro	6.181	37.347	16,55
Rio Grande do Norte	1.158	7.082	16,35
Rio Grande do Sul	14.205	22.815	62,26
Rondônia	81	2.277	3,56
Roraima	-	738	-
Santa Catarina	5.331	12.119	43,99
<b>São Paulo</b>	<b>31.976</b>	<b>68.115</b>	<b>46,94</b>
Sergipe	1.568	3.685	42,55
Tocantins	182	2.317	7,85
<b>Brasil</b>	<b>111.842</b>	<b>367.397</b>	<b>30,44</b>

fonte: DATASUS

Como se observa, em alguns estados, os hospitais filantrópicos participam de forma incisiva na prestação de serviços ao SUS, como Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e São Paulo.

No estado de São Paulo essa participação é muito importante, contribuindo a rede filantrópica com quase de 50% dos leitos. Ao se computar as internações essa participação aumenta mais ainda, atingindo ao redor de 53,0%.



Um levantamento preliminar das datas de fundação das Santas Casas no Estado de São Paulo, mostra a seguinte ordem cronológica: a Santa Casa de Santos foi criada em 1543, seguindo-se o estabelecimento de instituições congêneres em São Paulo (1569), Sorocaba (1803), Jacareí (1850), Piracicaba (1856), Ubatuba (1856), Pindamonhangaba (1863), Lorena (1867) e Guaratinguetá (1869). Até o final do século XIX mais 28 municípios paulistas se incorporaram à lista de detentores de instituições similares (Ibañez, 2005).

Em 2007, os hospitais no estado de São Paulo somavam aproximadamente 370, dos quais 40,2% são hospitais filantrópicos distribuídos conforme mostra o quadro 3.

**Quadro 3 Hospitais filantrópicos por estratos de municípios segundo número de habitantes, estado de São Paulo, 2007**

Municípios	No. Hospitais filantrópicos	%
Menos de 10.000 hab	37	10,0
10.000 a 50.000 hab	174	47,2
50.000 a 100.000 hab	47	12,7
Mais de 100.000 hab	111	30,1
Total	369	100,0

fonte: DATASUS

Quase 60% dos hospitais filantrópicos se encontram em municípios com menos de 50.000 habitantes, onde representam 76,3% dos leitos disponíveis (Ibañez, 2005 op). Na sua grande maioria são hospitais gerais, o que ressalta a importância desses hospitais no suporte ao atendimento de média complexidade no interior do estado.

No caso paulista, a expansão dessa rede de instituições a partir do século XIX permite associar esta ordem cronológica ao ciclo econômico do café, à imigração européia, à ocupação de novas áreas do estado e ao advento e rápida expansão da malha ferroviária regional. Mesmo no século XX, essa

expansão na criação de instituições filantrópicas e santas casas se relacionou fortemente à expansão econômica e a ocupação dos espaços do interior do estado. No entanto, e isto é facilmente compreensível, cada uma dessas instituições trilhou um caminho próprio, singular e que de certa forma contribuiu até hoje para que não ocorra um efeito agregante entre essas instituições, mesmo em assuntos que sejam de interesse comum.

Em São Paulo, a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FEHOSP), só foi fundada em 1957 e busca fazer a representação mais de 480 dessas instituições, tendo cerca de 300 delas filiadas. Apesar de não ter sido desta forma ao longo do tempo, hoje a FEHOSP é importante interlocutora da rede filantrópica junto à Secretaria de Saúde do Estado, sendo que muitas das recentes conquistas obtidas, desde aumento de recursos disponibilizados à rede filantrópica, até o apoio à melhoria da gestão e de formação de recursos humanos, se deveu também ao papel relevante desempenhado pela instituição federativa.

Dessa forma, a condição de avançado desenvolvimento econômico relativo do estado, acompanhado de uma série de situações de deficiências sócio-estruturais que refletem um descompasso sócio-econômico que proporciona oportunidades para que surjam iniciativas de apoio e solidariedade, tanto da própria comunidade quanto da iniciativa privada ou instituições na linha da responsabilidade social.

Em São Paulo, há inúmeros exemplos de empresas ou corporações que executam programas das mais variadas naturezas, aliadas a uma estrutura de incentivo e acompanhamento, como o Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE) e o Instituto ETHOS. Há uma intenção de compor diretrizes para as atuações das empresas nesse campo, criando critérios de essencialidade, como a ética e a transparência.

Essa atuação diversificada abre a possibilidade de que empresas não relacionadas diretamente à área da saúde possam vir a atuar nesse campo,

com programas de responsabilidade social que propõem ações coadjuvantes ou não ao SUS e que potencialmente poderiam significar importante instrumento de auxílio na prestação de serviços públicos de qualidade.

Uma das empresas engajadas nesse tipo de ação, a Companhia Paulista de Força e Luz, atuante no setor elétrico em grande parte do interior do Estado de São Paulo e do Rio Grande do Sul, se propôs a implementar um Programa de Revitalização, voltado à melhoria de gestão, para os Hospitais Filantrópicos de sua área de abrangência, iniciando por São Paulo.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Geral**

Avaliar a formulação e desenvolvimento da implantação do Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos desenvolvido pela CPFL em São Paulo e seus resultados

### **2.2. Específicos**

- Identificar e descrever no processo de formulação do projeto as etapas, atores envolvidos e as propostas geradas,
- Identificar e descrever na implementação do projeto as estratégias desenvolvidas, os atores centrais e os processos empregados.
- Avaliar especificamente os resultados da melhoria de qualidade da gestão dos hospitais que tiveram a assessoria direta, a partir das estratégias desenvolvidas pelo programa

### 3. Metodologia

#### 3.1. Desenho do estudo

A avaliação de um projeto social, que possui a especificidade delineada na introdução, envolvendo atores sociais com diferentes perspectivas e com um objeto que tem intersecção com políticas públicas de saúde, apresenta um grande desafio na escolha da metodologia mais adequada a ser utilizada e que melhor possibilite as análises e conclusões possíveis.

Na área planejamento ainda é bastante prevalente a utilização de métodos quantitativos face ao objeto de estudo e às informações normalmente disponíveis para estudo. No entanto, em virtude do relevante ineditismo da proposta do projeto, optou-se, como proposta metodológica, por um estudo de caso aliado a uma avaliação mais detalhada de uma das estratégias de implementação, definida como um dos objetivos específicos.

Conforme relata Vieira (1992), não cabe num estudo indutivo de construção progressiva do objeto utilizar-se de técnicas metodológicas de determinação causal, sendo que no presente trabalho, como já foi mencionado, procurar-se-á mais focar o processo, descrevendo-o evolutivamente. O estudo de caso parece ser o método mais apropriado, pois conforme define Yin, citado em Campomar: "O estudo de casos é uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar-se um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida-real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes de evidência são usadas" (1991).

Segundo Yin (2005), os estudos de caso são apropriados quando se trata de estudar situações nas quais as questões relevantes giram em torno de “como” e “por quê” e não há exigência de controle sobre eventos comportamentais e, ao mesmo tempo, se preocupa com eventos ou acontecimentos contemporâneos. Dessa forma, pode-se considerar apropriado o estudo de caso para caracterizar o tipo de metodologia utilizada neste trabalho.

Por outro lado, Cohen & Franco (1993), apresentam diferentes critérios sobre avaliação de projetos em função do momento em que estes se realizam, dos objetivos que perseguem, de quem realiza a avaliação e de suas escalas.

Em relação a esta última, os autores referem que a estratégia para os pequenos é basicamente qualitativa e a lógica é indutiva. A ênfase é dada à compreensão do conjunto e dos casos individuais que o integram. Os casos adquirem sentidos dentro de um contexto em que se inserem, portanto, se parte da realidade global procurando entender o projeto através das articulações que os indivíduos geram no tecido social do grupo ou comunidade. A partir da observação da realidade o avaliador julga o projeto como um todo e ao contrario dos projetos de grande porte, busca-se encontrar convergência nos valores, atitudes e comportamentos do grupo focal e construir hipóteses em que sejam incluídos. Além disso, situa a localização do avaliador no próprio projeto. Neste caso, o propósito é a compreensão global, porque a lógica, o traçado e as técnicas que são derivados deste exigem uma interação permanente ou muito prolongada do avaliador com o grupo objetivo.

Em síntese, nas situações em que o estudo se refere a um caso, se destacam a descrição e o relacionamento entre os fatores em cada situação,

sendo que aos dados numéricos é dado um papel coadjuvante. Para a elaboração deste trabalho, no entanto, houve um importante destaque aos dados numéricos, pelo fato de servirem de base para a construção de um banco de dados unificador de informações sobre a evolução do programa.

A análise a ser desenvolvida será mais voltada à assessoria direta proporcionada aos hospitais e avaliada externamente.

### 3.2. Fontes de dados

Os dados foram coletados de três fontes

I) da memória e de documentos do programa e existentes nos hospitais filantrópicos que proporcionaram informações sobre sua história, suas características físicas e seu modelo de organização;

II) dos relatórios elaborados pelo CQH resultantes das visitas feitas aos hospitais nos quais constam uma parte dissertativa com as impressões colhidas pela equipe de visitantes e uma outra com o resultado da aplicação do roteiro de visitas (anexo 1) traduzida na pontuação alcançada por critério e no geral. Esse roteiro consiste em uma relação de 140 quesitos que, de uma forma basicamente prescritiva, analisam e sugerem intervenções em todas as áreas e processos do hospital.

São reunidos em oito critérios de excelência:

a) **perfil**: avalia condições da estrutura física e organizacional do hospital em seus diferentes setores; se estão em condições de oferecer segurança para as pessoas que trabalham, usam ou visitam o hospital; se elas oferecem condições para a prática de um modelo assistencial e de gestão, condizentes com a qualidade no atendimento aos pacientes.

- b) **liderança**: enfoca o sistema de liderança do hospital, como se processam as tomadas de decisão e o comprometimento pessoal dos membros da alta direção no estabelecimento, disseminação e atualização de valores e diretrizes organizacionais que promovam a cultura da excelência, considerando as necessidades de todas as partes interessadas, além de verificar também como a alta direção analisa criticamente o desempenho global do hospital
- c) **estratégias e planos**: trata do processo de formulação das estratégias de forma a determinar o posicionamento do hospital, se formula planos nesse sentido e se há processos de medição e acompanhamento da implementação das ações planejadas.
- d) **clientes ou usuários**: observa como o hospital identifica, analisa, compreende e se antecipa às demandas dos clientes e usuários, divulga seus serviços e ações de melhoria e estreita seu relacionamento. Também examina como o hospital mede e aumenta a satisfação em relação a seus serviços.
- e) **sociedade**: examina como o hospital contribui para o desenvolvimento econômico, social e ambiental de forma sustentável, se há minimização dos potenciais impactos negativos de seus serviços e operações e como o hospital interage com a sociedade de forma ética, transparente e solidária.
- f) **informações e conhecimento**: trata da gestão dos sistemas de informação e a eficácia na sua utilização, das práticas comparativas de indicadores, bem como as formas de proteção do capital intelectual do hospital.
- g) **gestão de pessoas** focaliza como as pessoas são capacitadas para desenvolver e utilizar seu pleno potencial em acordo com as estratégias do hospital. São também examinados os esforços para criar e manter um ambiente que conduza a excelência do



desempenho, à plena participação e ao crescimento profissional do pessoal e do conseqüente melhoria do hospital.

- h) **gestão de processos:** examina os principais aspectos da gestão, incluindo o projeto de novos serviços ou condutas com foco no usuário, a produção de serviços, os processos de apoio e aqueles relativos aos fornecedores e aos parceiros. Examina também como o hospital administra seus recursos financeiros de maneira a realizar uma operação eficaz de seus processos.
- i) **Resultados:** examina o desempenho em áreas críticas para o hospital, tais como: satisfação dos clientes e do mercado, finanças, pessoas, fornecedores e parceiros, serviços à sociedade e processos de apoio e organizacionais. São também examinados os níveis de desempenho em relação aos concorrentes, aos referenciais de excelência e/ou a outros referenciais comparativos.

III) das atas de reunião do Comitê de Revitalização das quais foram extraídos a freqüência numérica de presença nas reuniões, o número de reuniões mensais e os assuntos tratados. Os Comitês de Revitalização foram criados com o objetivo de servirem como interlocutores com a assessoria prestada pelo programa, sendo constituídos por integrantes de diversas áreas de cada hospital.

Quanto à aplicação do roteiro de visitas, o CQH emprega um modelo desenvolvido pela Fundação Nacional da Qualidade que consiste em, de início o hospital fazer uma autoaplicação do roteiro, cujo resultado é enviado ao CQH. Após sua análise, pela equipe de visitantes, ocorre a visita propriamente, na qual é novamente preenchido o roteiro através de reuniões com diferentes segmentos do hospital e de uma avaliação "in loco" dos diversos setores do hospital. A próxima etapa é cotejar o roteiro autopreenchido com o da visita da equipe técnica e definir a pontuação a ser dada ao hospital naquele momento.

A cada visita, o relatório e a discriminação da pontuação do roteiro permitem obter informações sobre:

- a) Novas estratégias gerenciais contendo capacitação de pessoal, sistemas de informação voltados a aprimorar o processo de tomada de decisões, envolvimento dos profissionais na missão, objetivos e processos da instituição.
- b) Estratégias para sustentação da instituição, identificando áreas a serem ampliadas ou reduzidas, incorporação de tecnologias e novas possibilidades de pactuações com gestores públicos.
- c) Estratégias para ampliação da tipologia de atendimento, melhoria e manutenção da qualidade da prestação de serviços.
- d) Estratégias de desenvolvimento de recursos humanos, instituindo área própria e relações permanentes com instituições formadoras.

A pontuação alcançada por cada hospital o classifica em determinadas categorias de reconhecimento pelo CQH criadas especificamente para o programa, com intuito de criar uma escala evolutiva que estimulasse o hospital no processo de melhorias de gestão.

O quadro abaixo discrimina os critérios de qualificação crescente do Programa especial do CQH.

**Quadro 4 - Critérios de qualificação dos hospitais filantrópicos pelo CQH.**

Hospitais com deficiências importantes na sua estrutura e/ou com dificuldade de identificação dos principais processos/fluxos e/ou com poucos (ou nenhum) resultados apresentados	MENOS DE 150 PONTOS
Hospitais com uma estrutura atendendo a requisitos mínimos de adequação e/ou com processos e fluxos de trabalhos identificados e/ou alguns resultados apresentados	DE 150 A 250 PONTOS (Bronze)
Hospitais com uma estrutura adequada, apresentando apenas algumas lacunas menos relevantes e/ou com processos e fluxos de trabalhos identificados, normatizados e padronizados e/ou resultados relevantes apresentados	DE 250 A 350 PONTOS (Prata)
Hospitais com uma estrutura adequada, não apresentando lacunas e com processos e fluxos de trabalhos identificados, normatizados e padronizados e/ou resultados relevantes apresentados	MAIS DE 350 PONTOS (Ouro)

Para cada um dos critérios do roteiro de visitas o hospital avaliado poderia alcançar uma pontuação correspondente, com base numa sequencia de ponderações, as quais se apresentam a seguir:

**Quadro 5 Pontuação por critério do Roteiro de Visitas do CQH, 2005**

<b>Critério</b>	<b>Limite de pontos</b>
Perfil	25
Liderança	25
Estratégias e Planos	45
Clientes	45
Sociedade	25
Informações e Conhecimento	45
Gestão de Pessoas	45
Gestão de Processos	45
Resultados	200
<b>Total</b>	<b>500</b>

Foram realizadas 4 avaliações em cada hospital envolvido no programa. A primeira em dezembro de 2005, a segunda em agosto de 2006, a terceira em março de 2007 e a última em outubro de 2007.

As certificações foram concedidas pelo CQH a partir da segunda visita, pois foi estabelecido que a primeira visita, independente do número de pontos, serviria basicamente para estabelecer o nível de estruturação e organização em que se encontrava o hospital.

## **4. Resultados e análise**

### **4.1 O processo de formulação do projeto as etapas, atores envolvidos e as proposições**

#### **4.1.1. Companhia Paulista de Força e Luz: breve histórico e a responsabilidade social**

A origem da Companhia Paulista de Força e Luz (atual CPFL Paulista) remonta a 1912, quando foram fundidas quatro pequenas empresas de energia que atuavam no interior do Estado de São Paulo. Em 1927, foi adquirida por uma por um grupo americano, a American & Foreign Power (Amforp), – empresa do grupo norte-americano Electric Bond & Share Corporation (Ebasco), ligado a General Electric. Assim permaneceu até 1964, quando seu controle passou a ser da Eletrobrás, do governo federal. Em 1975, seu controle acionário foi transferido para a Companhia Energética de São Paulo (CESP), onde permaneceu até 1997, quando, no processo de privatização das empresas estatais, foi adquirida pelo grupo, com o papel de controlador, composto pela VBC Energia (Grupo Votorantim, Bradesco e Camargo Corrêa), pelo Fundo de Pensão dos Funcionários do Banco do Brasil (Previ) e pela Bonaire Participações (que reúne os fundos de pensão Funcesp, Sistel, Petros e Sabesp).

A CPFL atua nos segmentos de distribuição, geração, comercialização de energia, tendo expandido consideravelmente o seu campo de atuação. Adquiriu 7 empresas de distribuição, tem 6 usinas hidroelétricas e está construindo mais duas, além de 33 pequenas centrais hidroelétricas e 1 usina termoelétrica para geração de energia. Em 2008 criou uma empresa, no grupo, para promoção e incentivo da geração de biomassa e energia limpa.

A partir do ano 2000, quando a direção atual iniciou seu exercício na empresa, uma de suas prioridades foi primar pela excelência na gestão e melhoria contínua de seus processos e procedimentos, de modo a proporcionar serviços mais aprimorados e de qualidade a seus clientes. Dessa iniciativa resultou, dentre outros reconhecimentos, a obtenção, por duas vezes, do “Premio Nacional da Qualidade”. Isso credenciou a empresa a ser exemplo de atuação e poder ser uma difusora dos princípios e de conhecimento de excelência em gestão.

Por outro lado, a relação da CPFL com os hospitais filantrópicos foi por muitos anos caracterizada por uma ação de mera condescendência, materializada através de descontos na conta de energia que variavam em proporção e duração. A partir de 1998, por conta da regulação do setor energético exercida pelo governo federal, se impõe o princípio da isonomia a todos os consumidores, impedindo a continuidade dos descontos para os hospitais filantrópicos. A alternativa encontrada pela empresa foi oferecer ajuda aos hospitais através da doação de equipamentos médico-hospitalares, que eram, de forma algo sistemática, concedidos conforme solicitações vindas diretamente das unidades hospitalares. Após algum tempo, a CPFL avaliou que o impacto dessas doações na melhoria do atendimento proporcionado era insignificante e não raro resultava em benefícios a interesses de pequenos grupos e não à instituição como um todo.

Em 2004 a empresa, ao rever sua linha de apoio aos hospitais filantrópicos, resolveu valorizar uma condição que ela adquiriu ao longo dos últimos anos, que foi a qualidade na gestão. Nesse sentido, iniciou um novo processo, no qual o interesse fundamental fosse privilegiar a melhoria da gestão das Santas Casas de Misericórdia e demais Hospitais Filantrópicos existentes em sua área de concessão.

Para elaborar um programa que respondesse a esse anseio procurou se associar a instituições da área da saúde que tivessem experiência e pudesse

desenhá-lo nos moldes desejados pela empresa. A associação inicial para esse fim foi feita com o Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), sem fins lucrativos constituída pelos professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Já há algum tempo esse Centro de Estudos vinha trabalhando e estudando a participação dos hospitais filantrópicos na área da saúde e particularmente sua importância no SUS e no sistema suplementar. Ao CEALAG deu-se a incumbência de desenvolver as diretrizes básicas, a linha de atuação, os conteúdos técnicos, além de se responsabilizar pela execução propriamente dita do Programa.

A definição dos elementos acima mencionados redundou de uma série de encontros entre a Diretoria de Comunicação Empresarial e Relações institucionais e o CEALAG. Houve um ponto de partida consensual de que o Programa seria voltado para hospitais filantrópicos que atendessem usuários na sua maioria SUS dependentes e não indiscriminadamente, já que na área da saúde um programa de responsabilidade social só tem sentido se voltado ao Sistema Único de Saúde.

Um segundo requisito a ser considerado foi o de que os focos geográficos de implementação compreendessem o contexto regional e não os hospitais filantrópicos isoladamente. Isto porque há muito que se discute a idéia de serviços atuando em rede, como e como já foi mencionado, os hospitais filantrópicos praticam em demasia ações de forma isolada e não raro descontextualizadas. Considerando uma formulação mais atualizada, as redes de atenção à saúde são *“malhas que se interconectam e integram os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-o sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde”* (Silva, 2008). É evidente que este conceito é bem mais

abrangente, porém a proposição é a de que os hospitais filantrópicos se organizassem com essas premissas, pois assim se ganha em escala e na potencialização do desempenho tanto do projeto quanto dos hospitais.

Outra questão considerada inicialmente foi a possibilidade de que a conta de luz pudesse ser utilizada como instrumento para coleta de doações em espécie para os hospitais filantrópicos. Por meio dela, o consumidor de energia se manifestaria favorável ou não a um acréscimo regular e em valor constante, por ele definido entre algumas opções em sua conta, em sua conta de luz, recurso que seria automaticamente revertido, na forma de doação ao hospital filantrópico por ele escolhido. Para apoiar essa iniciativa, haveria uma campanha publicitária que esclarecesse o intuito e motivasse a população consumidora a efetuar a doação.

Um estudo inicial foi realizado no sentido de ter um melhor cenário da extensão da área de atuação da empresa, particularmente nos aspectos relativos à saúde. A CPFL como concessionária para o fornecimento de energia elétrica, alcança cerca de 13 milhões e 800 mil habitantes em 298 municípios do Estado de São Paulo que, por sua vez, se distribui por 13 dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. É importante salientar que nem sempre a área de concessão da CPFL se superpõe exatamente sobre os territórios atinentes aos DRS, de modo que os dados abaixo são apurados por DRS só incluindo os municípios cuja distribuição de energia elétrica é feita pela empresa. A tabela 4 ilustra a distribuição numérica dos recursos hospitalares por DRS:



**Tabela 4 - População, municípios, municípios com hospitais e hospitais filantrópicos por DRS, área da CPFL, 2008.**

Depto Regional de Saúde	População	Municípios	Municípios c/ hosp. filantrópico	Hospitais filantrópicos
Araçatuba	476.396	21	9	11
Araraquara	860.534	22	13	16
Baixada Santista	1.449.752	25	8	10
Barretos	416.513	5	4	5
Bauru	1.540.058	18	31	35
Campinas	3.325.905	58	15	25
Franca	672.986	26	13	14
Marília	587.737	22	10	16
Piracicaba	542.287	28	5	6
Ribeirão Preto	1.248.396	12	15	18
São João da Boa Vista	340.029	11	8	10
São José do Rio Preto	780.684	30	12	17
Sorocaba	1.626.872	20	11	12
<b>Total</b>	<b>13.868.149</b>	<b>298</b>	<b>154</b>	<b>195</b>

Fonte: DATASUS

Desses municípios, 54% possuem pelo menos 1 hospital filantrópico vinculado ao SUS, num total de 195 hospitais.

A cobertura hospitalar proporcionada pela rede filantrópica está resumida na tabela 5. O parâmetro utilizado na época para o cálculo da necessidade de leitos foi baseado na recomendação do Ministério da Saúde, de 2,0 leitos gerais por 1000 habitantes, não estando incluídos os leitos psiquiátricos.

A cobertura oferecida pela rede filantrópica às necessidades de leitos é de cerca de 56%, além de representar 68% dos leitos SUS disponíveis na área.

**Tabela 5 - Necessidade de leitos, leitos SUS e leitos filantrópicos por DIR, área da CPFL, 2008.**

<i>DRS</i>	<i>Necessidade leitos</i>	<i>Leitos gerais SUS</i>	<i>Leitos gerais filantrópicos SUS</i>
Araçatuba	952	870	782
Araraquara	1721	1024	823
Baixada Santista	2899	1480	801
Barretos	833	600	480
Bauru	3080	4474	2873
Campinas	6651	3839	2250
Franca	1345	952	952
Marília	1175	1548	1548
Piracicaba	1084	483	477
Ribeirão Preto	2496	1939	892
São João da Boa Vista	680	1842	1310
São José do Rio Preto	1561	1530	1530
Sorocaba	3253	2255	935
<b>Total</b>	<b>27.730</b>	<b>22.836</b>	<b>15.653</b>

fonte: DATASUS

A tabela 6 mostra os detalhes de cobertura e participação da rede filantrópica na população e no SUS

Há regionais em que a participação da rede filantrópica excede os parâmetros de necessidades de leitos. Nestas situações deve ocorrer, com grande probabilidade uma invasão de demanda de outras regionais e/ou baixa ocupação de leitos por demanda SUS.

Cabe esclarecer que o cálculo de necessidades está baseado na cobertura de 100% dos habitantes, o que não reflete com exatidão a realidade, pois parte da população utiliza serviços privados não ligados ao SUS. Como não temos os dados que reflitam as proporções de usuários de serviços privados nos municípios envolvidos no programa optamos por considerar a cobertura como total.

**Tabela 6 - Cobertura oferecida por leitos filantrópicos e proporção de leitos filantrópicos SUS por DIR, área da CPFL, 2008.**

<i>DRS</i>	<i>% cobertura leitos filantrópicos SUS</i>	<i>% leitos filantrópicos no SUS</i>
Araçatuba	82,1	89,9
Araraquara	47,8	80,4
Baixada Santista	27,6	54,1
Barretos	57,6	80,0
Bauru	93,3	64,2
Campinas	33,8	58,6
Franca	70,8	100,0
Marília	131,7	100,0
Piracicaba	44,0	98,8
Ribeirão Preto	35,7	46,0
São João da Boa Vista	192,6	71,1
São José do Rio Preto	98,0	100,0
Sorocaba	28,7	41,5
<b>Total</b>	<b>56,4</b>	<b>68,5</b>

fonte: DATASUS

Os valores de cobertura e participação variam razoavelmente entre as DIR e de forma descontínua sob o aspecto geográfico. Nas regiões de Franca, Marília, Piracicaba e São José do Rio Preto a participação dos leitos filantrópicos na cobertura proporcionada pelo SUS ultrapassa 98%, enquanto que em Ribeirão Preto, Baixada Santista e Campinas, as vezes áreas contíguas as primeiras, as participações são menores que 60%.

É importante ressaltar que a conjuntura histórica que permitiu a formação das inúmeras irmandades e associações e a edificação destes hospitais se alterou consideravelmente, de tal forma que o funcionamento dos mesmos, na atualidade, muitas vezes está sujeito a interesses diversos daqueles iniciais, além da evolução tecnológica por que passa a assistência à saúde de uma forma geral. É evidente que o desempenho desses hospitais apresenta fortes influências da estrutura de poder que se estabeleceu em cada um deles. O fato é que, sem estabelecer sentido valorativo, entender essas conjunturas

possibilita aumentar a probabilidade de sucesso em situações nas quais haja intenção de reorganizar a instituição.

A tabela 7 mostra uma avaliação feita através de um formulário simples, aplicado antes do início do programa, para a obtenção da opinião dos técnicos das DRS (na época Diretorias Regionais de Saúde – DIR) sobre o desempenho desses hospitais.

**Tabela 7 - Avaliação da Gestão Administrativa e Capacidade Resolutiva dos Hospitais Filantrópicos pelas DIR, área da CPFL, 2004.**

<b>Avaliação</b>	<b>Gestão Administrativa</b>	<b>%</b>	<b>Capacidade Resolutiva</b>	<b>%</b>
<i>Boa</i>	97	60,2	78	42,2
<i>Regular</i>	47	29,2	88	47,6
<i>Ruim</i>	17	10,6	19	10,3
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>	<b>185</b>	<b>100,0</b>

Quase 40% dos hospitais tinham sua administração avaliada como sendo regular ou ruim e cerca de 60% deles apresentariam problemas de resolubilidade. Ao considerar a extensa interface que há entre esses dois componentes e sua importância na qualidade da prestação de serviços, dimensiona-se a enorme tarefa de elevar o nível de desempenho dos hospitais.

Acreditava-se também que, como o identificado no trabalho de Lima et al já citado, as condições dos hospitais que seriam abrangidos por um programa de melhoria de gestão não devam ser diferentes. E aliava-se a isso a já propalada escassez de recursos que age duplamente nessa situação, pois além de desfinanciar o hospital, impede que possam ser investidos recursos na capacitação e aprimoramento de seus colaboradores para melhoria da gestão.

Havia também o fato de que o SUS, nesses 20 anos de implantação, naturalmente, apresenta deficiências. É um período de tempo curto, particularmente se levarmos em consideração que o SUS herdou estruturas técnico-administrativas arcaicas e desorganizadas. Esse período foi, em boa

parte, consumido na organização do arcabouço legal complementar e estrutural necessários à efetiva implantação do sistema.

A lógica da organização assistencial herdada pelo SUS ainda tem muita influência, especialmente na prestação de serviços hospitalares e atinge fortemente os hospitais filantrópicos.

Analisou-se também que a partir dos anos 2000, inúmeras iniciativas de estreitamento da relação entre a coletividade de Santas Casas e hospitais filantrópicos, através de seus entes representativos ou isoladamente e os gestores do SUS nos diferentes níveis de governo. Apesar dos avanços obtidos nas últimas normas de organização do SUS, em especial o Pacto pelo SUS e seu componente Pacto pela Gestão, muito de sua planificação está baseada na oferta dos prestadores de serviços, impondo uma série de ineficiências que permanecem por serem superadas.

No geral, ainda não houve avanços que pudessem ser considerados significativos e estáveis, e que estabelecessem uma outra qualificação no relacionamento entre gestores e prestadores. Porém existem hoje algumas bases concretas que permitem essa mudança qualitativa de relacionamento: o Pacto pela Saúde, na sua dimensão relacionada ao Pacto pela Gestão do SUS, considera fundamental o processo de construção das regiões de saúde e dentre os critérios para sua composição:

*“c. Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;*

*d. Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;*

*e. Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:*

*I. Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;*

*II. O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.*

*III. A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.*

*IV. O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.*

*V. O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado” (Brasil, 2006).*

Nesse sentido, é possível e necessário estabelecer novas bases de relacionamento entre os gestores do SUS e a rede filantrópica que possam conduzir a parcerias com um maior grau de integração ao sistema, considerando-se aspectos, tais como a compatibilidade dos serviços ofertados e prestados com a demanda da população local e regional; qualidade e humanização da assistência prestada aos usuários, ampliação do acesso, financiamento regular e adequado, entre outros. No Estado de São Paulo, um convênio assinado entre a FEHOSP e a Secretaria Estadual da Saúde permitiu que fossem realizados cursos de especialização, capacitação e aprimoramento para mais de 10.000 colaboradores dos hospitais filantrópicos. Por outro lado, o Programa Pró-Santa Casa da Secretaria Estadual da Saúde, que desde 2007 aporta um volume extra de recursos estaduais aos hospitais filantrópicos segundo critérios regionais e, no mesmo ano, uma linha de crédito para financiamento de demandas dos hospitais filantrópicos, na qual os juros são pagos pela Secretaria de Saúde do Estado, são exemplos dos avanços ocorridos.

Observada uma lógica organizacional, o ideal seria que houvesse uma articulação dessas entidades sob o princípio de rede efetiva, entendida como conjunto de instituições ligadas entre si e que atuam sistemicamente. É

importante considerar que esta idéia materializar-se-á na condição de que haja também uma configuração similar na estrutura dos SUS, considerando os princípios de acesso universal e de integralidade da atenção à saúde. O compromisso do gestor público na atenção voltada à garantia do acesso e da efetiva resolução de demandas e necessidades de saúde tem que se relacionar com uma rede de serviços que se estenda vertical e horizontalmente com qualidade respeito ao direito social do cidadão. Essas redes de atenção devem considerar as diferentes realidades regionais (Silva, 2008), contando com os atores sociais verdadeiramente engajados com esses princípios.

Dada a abrangência do Programa a ser desenvolvido e implementado, ficou evidente a necessidade de buscar por novos parceiros e apoiadores da idéia que pudessem reforçar politicamente a proposta.

Para que pudesse haver uma interlocução geral com os hospitais filantrópicos, o primeiro a ser procurado foi a FEHOSP, a qual de imediato se comprometeu com a proposta. A FEHOSP não tinha nenhum projeto nesse sentido o que contribuiu para que se estabelecesse um significativo compromisso entre ela e a CPFL. Nas reuniões da diretoria ocorridas na ocasião, foi apresentada a proposta e ratificado o apoio à implementação do projeto.

Em outra vertente, como a principal diretriz do projeto era a de que os hospitais fossem prestadores de serviços ao SUS, novamente provocado pela abrangência da proposta, era necessário que se estabelecesse entendimentos que, se possível, resultassem em apoio, com o gestor do SUS, que, nesta condição, era a Secretaria Estadual da Saúde (SES). A SES designou sua Coordenadoria das Regiões de Saúde como sendo a interlocutora apropriada para acompanhar e apoiar a andamento das ações. Considerou-se, nesse momento, necessário que houvesse uma apresentação da proposta para todos os hospitais filantrópicos abrangidos pela área de concessão da CPFL.

Assim sendo, foram realizadas reuniões organizadas em conjunto pelos Departamentos Regionais de Saúde da SES e pela Coordenadorias Regionais da FEHOSP abrangidas, em geral nas sedes das primeiras, nas quais se reuniram os dirigentes dos hospitais filantrópicos e os gestores do SUS para as apresentações do projeto, debates e coleta de sugestões para seu aprimoramento.

Em seguida a este momento da evolução do projeto com a melhor definição do cenário de atuação, houve um aprofundamento dos conteúdos do projeto e algumas definições a respeito da fase inicial de sua implementação. Uma primeira foi a impossibilidade de que se pudesse, de imediato, sistematizar a doação para os hospitais filantrópicos na conta de luz, pois há um trâmite autorizatório que envolve a agencia reguladora do setor elétrico (ANEEL) e os custos operacionais de fluxo bancário. Dessa forma, esse componente do projeto foi postergado até o momento que houvesse condições mais favoráveis.

Uma segunda circunstancia que norteou a fase inicial foi a capacidade financeira da CPFL naquele momento de custear o projeto inteiro, haja vista a sua dimensão e a dificuldade em encontrar parceiros que se interessassem em custeá-lo conjuntamente.

Alem disso, do ponto de vista técnico seria importante avaliar a estratégia traçada de implementação, de abordagem dos conteúdos, os componentes propostos, a logística de apoio, isso tudo dada a acentuada originalidade da proposição. Em decorrência dessas condições foi definido pela CPFL e o CEALAG que haveria uma fase inicial de testagem, concebida como um projeto piloto a ser desenvolvido em regiões do estado a serem definidas.

Essa definição das áreas foi estabelecida pelo CEALAG, com base na prevalência de hospitais filantrópicos na região e pelo apoio dado pela regional de saúde da SES. A região de Franca e a região de Piracicaba, esta ultima na sua área de intersecção da concessão de distribuição de energia da CPFL foram escolhidas para o inicio do trabalho.



As regiões de Franca e Piracicaba são regiões alta cobertura de leitos filantrópicos, porem com baixas coberturas de leitos SUS conforme pode ser constatado na tabela 6. Ao analisar-se a resolubilidade da media complexidade nas duas regiões em 2005 observa-se na tabela 8 uma diminuta proporção de internações residentes fora de suas áreas.

**Tabela 8 Proporção de internações de residentes realizados fora do Departamento Regional de Saúde Franca e Piracicaba, 2005**

Especialidade	Internações Franca		Total	%
	Região	Fora Região		
Clinica Médica	15.903	871	16.774	5,19
Clinica Cirúrgica	11.301	37	11.338	0,33
Obstetrícia	6.335	631	6.966	9,06
Pediatria	3.419	289	3.708	7,79
<b>Total</b>	<b>39.958</b>	<b>1.828</b>	<b>41.786</b>	<b>4,37</b>

Especialidade	Internações Piracicaba*		Total	%
	Região	Fora Região		
Clinica Médica	20.486	1.141	21.627	5,28
Clinica Cirúrgica	23.532	1.877	25.409	7,39
Obstetrícia	13.764	139	13.903	1,00
Pediatria	7.160	455	7.615	5,98
<b>Total</b>	<b>64.942</b>	<b>3.612</b>	<b>68.554</b>	<b>5,27</b>

Fonte: DATASUS

\* Os dados de Piracicaba se referem a região de toda da DRS e não só a área de intersecção da CPFL

Por outro lado, dados preliminares de um relatório de pesquisa sobre um estudo de caracterização dos Departamentos Regionais de Saúde financiado pelo Ministério da Saúde e realizado pelo CEALAG mostram que as duas regiões se comportam como encaminhadores de casos para procedimentos.

O quadro abaixo apresenta a distribuição dos hospitais nas duas regiões escolhidas.

**Quadro 6 Hospitais filantrópicos existentes nas DRS de Franca e Piracicaba, São Paulo, 2008**

<b>DRS</b>	<b>Hospitais</b>
<b>DRS - Franca</b>	<b>Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca</b>
	<b>Santa Casa de Igarapava</b>
	<b>Santa Casa de Ituverava</b>
	<b>Santa Casa de Guará</b>
	<b>Santa Casa de Miguelópolis</b>
	<b>Hospital São Marcos SAMA</b>
	<b>Hospital. Beneficente Santo Antonio</b>
	<b>Santa Casa de Misericórdia de Ipuã</b>
	<b>Santa Casa de Patrocínio Paulista</b>
	<b>Santa Casa de Pedregulho</b>
	<b>Hospital São Geraldo de Nuporanga</b>
<b>Santa Casa de São Joaquim da Barra</b>	
<b>DRS - Piracicaba</b>	<b>Santa Casa de Capivari</b>
	<b>Hospital dos Fornec. de Cana de Piracicaba</b>
	<b>Santa Casa de Piracicaba</b>
	<b>Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo</b>
	<b>Hospital São Lucas</b>

fonte: CNES

Ao todo são 13 hospitais que participaram da primeira fase do Programa. No entanto, o trabalho se concentrou em alguns deles conforme será descrito adiante.

#### **4.1.2. O Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos**

Com base nas premissas já descritas foi desenhado o Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, que, de modo resumido, estava estruturado da forma como se vê a seguir.

### *Objetivo*

Desenvolver e implantar um Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, elevando seu desempenho administrativo e a qualidade dos serviços prestados dentro dos princípios e diretrizes do SUS e das normas e padrões do Programa de Responsabilidade Social da CPFL.

### *Estratégia*

Prevê-se 4 conjunto de atividades do Programa:

- apoio direto aos hospitais filantrópicos através de assessorias e cursos
- apoio indireto aos hospitais filantrópicos com a criação de pólos de tecnologia e de apoio gerencial
- campanhas de marketing social, dirigidas à população e demais atores sociais, com intuito de aumentar a participação no programa.
- programa de voluntariado, a ser desenvolvido com participação da sociedade civil, colaboradores da CPFL e de seus fornecedores.

### *Adesão*

Um dos princípios norteadores da forma como deve ser implementado o programa é o da adesão. Uma iniciativa de responsabilidade de social depende, para sua perenidade, de uma comunhão de idéias e iniciativas que só podem se materializar com um acordo tácito de trabalho. Daí a formulação de uma estratégia de relacionamento baseada na voluntária integração ao Programa.

A formalização de todo o procedimento se consuma na assinatura de uma Carta de Adesão ao Programa. Significará um compromisso entre a direção do hospital e a CPFL de desenvolverem esforços para o sucesso do Programa sem dispêndio para o primeiro. São requisitos básicos para a adesão estar vinculado ao SUS e prestar contas à comunidade.

### *Avaliação*

Sempre que possível, serão adotados indicadores já consagrados no meio técnico da administração em saúde, pois são mais facilmente encontráveis para comparação e séries históricas, além de serem adotados por diversas instituições e órgãos governamentais.

O desempenho do Programa será avaliado por indicadores específicos para cada um dos seus componentes.

A lógica de acompanhamento, baseada nas premissas da estratégia de benchmarking, dará maior consistência e objetividade ao Programa, além de poder ser acompanhado pelos seus diferentes participantes.

A avaliação do trabalho de assessoria direta aos hospitais realizar-se-á através de um agente externo ao programa munido da necessária expertise e reconhecimento no meio especializado. Com esse intuito, definiu-se o CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar), núcleo de cultura da excelência em gestão hospitalar, apoiado pelo Conselho Regional de Medicina e pela Associação Paulista de Medicina e vinculado ao Premio Nacional da Qualidade. A este Programa foi dado um caráter distinto do programa de certificação tradicional do CQH pois, além de serem incluídos quesitos que avaliassem especificamente as relações da direção do hospital filantrópico com os gestores do SUS, foram criados critérios de qualificação gradativos de forma que os hospitais filantrópicos sejam habilitados evolutivamente até que atinjam o grau máximo e a certificação de qualidade do CQH. Assim o hospital poderia ser certificado numa escala crescente que varia entre bronze, prata e ouro.

### *Componentes*

O Programa está dividido em quatro componentes, de modo a se obter o melhor nível de organização possível.

#### *Construção de redes de apoio aos hospitais filantrópicos*

A ênfase neste componente deverá ser dirigida a:

- Marketing social

Ação empreendida pela CPFL junto a outras empresas, governos locais, ONGs, fornecedores e a própria população usuária, visando o comprometimento da sociedade com a manutenção do “seu hospital” através da:

- . criação de grupos de mobilização
  - . identificação de entidades parceiras diretas do hospital
  - . comunicação com os usuários
- Pólos de apoio técnico

Uma solução que inclui a lógica de ação conjunta é a criação e implementação de pólos ou centros que possibilitem oferecer apoio técnico e logístico aos hospitais.

De início são identificadas 4 áreas de atuação como prioritárias.

. manutenção de equipamentos hospitalares

A manutenção de equipamentos tem sido um dos principais problemas que os hospitais tem encontrado. Há dificuldades para encontrar prestadores de serviços, principalmente para equipamentos de média tecnologia. Para os de alta tecnologia geralmente são feitos contratos sem uma assessoria que pudesse equilibrar as obrigações e valores envolvidos.

Nesse sentido, há um acordo entre o Programa e a UNESP para que o Centro de Tecnologia em Engenharia Clínica (CETEC), localizado nos campus de Botucatu, sirva de referência aos hospitais filantrópicos. Os Centros ofereceriam serviços nas áreas de calibragem, manutenção preventiva e corretiva, assessoria à formulação de contratos e treinamento de pessoal dos hospitais para habilitá-los a desempenharem algumas atividades que possam ser realizadas sem grande aparato técnico. Por sua vez, o Programa destinaria recursos para investimentos iniciais necessários à montagem da infra-estrutura adequada ao Centro.

. gestão de suprimentos

A criação de um Pólo de Retaguarda Técnica de Gestão de Insumos Hospitalares, sediado no CEALAG objetivaria dar suporte aos hospitais filantrópicos para o desenvolvimento e a atualização na padronização de materiais e medicamentos, implantação de protocolos de atendimento clínico, de sistemas de gestão de estoques e de sistemas de dose unitária ou individualizada.

. identificação de áreas de excelência em conhecimentos e experiências na rede de hospitais filantrópicos

O Programa, através de sua coordenação, se encarregara de identificar as iniciativas e programas de excelência da rede de hospitais filantrópicos e os disseminaria através de contatos, cursos ou outros mecanismos pedagógicos.

. instrumentos de comunicação

O Programa desenvolve um site na Internet, através do qual todas as informações e divulgações atinentes às suas atividades seriam veiculadas, de modo que se institucionalizasse esse meio como a principal referência em comunicação.

*Assessoria direta aos hospitais*

. Serão desenvolvidos:

- um modelo de gestão do hospital com base nos critérios de excelência do PNGS
- sistemas de informação para avaliação de seu desempenho
- um modelo assistencial com as premissas da clínica ampliada
- um modelo de gestão de materiais
- um modelo de gestão de pessoal
- um modelo de gestão de equipamentos
- um modelo de gestão de resultados
- um modelo de gestão de custos
- implantação de princípios e ferramentas de liderança
- um programa de humanização com base no HumanizaSUS

- um modelo de gestão de Processos
- uma sistematização para planificação estratégica

#### *Cursos de aperfeiçoamento e atualização e capacitação*

A proposta se baseia em 3 pressupostos para a atuação do projeto na área de recursos humanos:

- desenvolver propostas de cursos ou outras formas de capacitação, aperfeiçoamento e/ou atualização com base no diagnóstico preliminar que identificará as necessidades das organizações e suas prioridades.
- flexibilizar as formas de trabalho, tanto no que se refere às linhas pedagógicas, como aos conteúdos buscando aqueles que melhor se adequam as demandas e às realidades locais.
- formular indicadores que permitam avaliar a eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas.

Há um grande leque de possibilidades que serão definidas com base em informações institucionais e regionais

#### *Voluntariado*

Estimular, junto à CPFL, às empresas que participarem do Programa de Revitalização e à sociedade civil, atividades voluntárias a serem desenvolvidas nos hospitais filantrópicos em diferentes frentes de trabalho.

Além disso, incentivar e implementar a criação de Núcleos de Voluntariado nos hospitais filantrópicos, com o objetivo de coordenar as atividades voluntárias desenvolvidas na instituição.

Por conta das premissas já relatadas para a escolha da região de saúde onde seriam desenvolvidas as atividades de assessoria direta, optou-se por trabalhar com os hospitais filantrópicos de dois Departamentos Regionais de Saúde: o de Franca e o de Piracicaba, pois ambos cumpriam os requisitos formulados pela coordenação do Programa. Em Piracicaba, diferentemente de

Franca, só foi incluída a porção do Departamento que coincide com a área de concessão da CPFL. Dessa forma, foram incluídos, em cada DRS, os hospitais apresentados no quadro 7.

**Quadro 7 Hospitais incluídos no projeto piloto do Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, por Departamento Regional de Saúde**

<b>Departamento Regional de Saúde</b>	<b>Hospital Filantrópico</b>
Franca	Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca
	Santa Casa de Misericórdia de Ituverava
	Santa Casa de Misericórdia de São Joaquim da Barra
Piracicaba	Santa Casa de Misericórdia de Capivari
	Hospital da Associação dos Fornecedoros de Cana de Piracicaba
	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba

Fonte: CNES (consulta 2009)

De início esses hospitais foram consultados quanto ao seu interesse em aderir ao Programa de Revitalização e, na concordância de todos, assinaram um termo de adesão (anexo 1) no qual se comprometiam com uma série de requisitos considerados a priori essenciais para o sucesso do Programa, sem que isso lhes trouxesse qualquer tipo de ônus financeiro.

Tanto na região de Franca quanto na de Piracicaba a escolha dos hospitais recaiu principalmente no fato desses hospitais serem pelo menos referencia microrregional, abrindo assim a possibilidade de que no andamento do trabalho e, mesmo após o seu término, os conteúdos assimilados através da assessoria poderem ser disseminados para as demais instituições hospitalares, sempre com o intuito do estabelecimento e fortalecimento de redes assistenciais.



## 4.2 Estratégias empregadas para a assessoria direta

A análise a ser desenvolvida focaliza basicamente a sistemática de trabalho imprimida para a assessoria direta. Esta consistiu em ações quase que exclusivamente de caráter presencial, com a dedicação de 16 horas semanais de consultoria para cada hospital. As atividades desenvolvidas se basearam em reuniões, oficinas cursos e mesmo atuação direta do próprio consultor em determinados contextos que assim o requeressem. Estabeleceu se um período de dois anos para que fosse desenvolvido o Programa de forma integral.

Foram designados dois consultores por hospital para a execução do Programa. Os consultores eram todos graduados na área da saúde, com, no mínimo especialização em administração hospitalar e experiência em gestão em saúde e/ou hospitalar de pelo menos 15 anos.

Para que se obtivesse um canal de comunicação e trabalho permanente entre o Programa, através de seus consultores e o hospital, foram criados, em cada um deles, um grupo de interlocução, denominado de Comitê de Revitalização, que se responsabilizou pela implementação e irradiação de todo o trabalho para o universo do hospital. Esse Comitê se constituiu basicamente por representantes da diretoria da instituição, das áreas de apoio técnico e administrativo, do corpo de enfermagem e do corpo clínico. Essa representação nem sempre se deu de maneira uniforme e constante, a despeito dos esforços tanto do hospital quanto dos consultores do Programa.

Para a avaliação do andamento do Programa de Revitalização no seu componente voltado à assessoria direta aos hospitais, o CQH realizou quatro visitas em cada um dos hospitais, simultaneamente e com os mesmos avaliadores. Considerou-se que desta forma seria possível um mínimo de uniformidade e de isenção de julgamento. As visitas ocorreram no início, duas delas na fase intermediária e uma ao final da programação.

O processo de avaliação presencial do CQH, que consiste na aplicação de um roteiro de visita, será descrito adiante, nas fontes de dados. Esse roteiro foi adaptado ao Programa de Revitalização a partir do roteiro empregado pelo CQH para a obtenção de seu selo de conformidade. Essa adaptação foi necessária por dois motivos: incluir no roteiro questões que identificassem a relação do hospital filantrópico com o gestor local do SUS e que houvesse uma gradação no reconhecimento concedido pelo CQH a cada um deles, de modo que houvesse uma maior estimulação em continuar e alcançar maiores níveis de certificação.

Na área de administração e planejamento é bastante comum a utilização de métodos quantitativos de pesquisa, face ao objeto de estudo e às informações normalmente disponíveis para estudo. Sob o aspecto mais teórico, o estudo também se enquadra nos modelos classificados como estudo de caso.

A proposta deste trabalho aponta para uma avaliação deste componente do programa que se substancia basicamente na atuação em unidades hospitalares e cujo foco de observação se dará principalmente no âmbito da gestão e também em alguns aspectos da qualidade da prestação de serviços.

Trata-se, portanto, também de um estudo de caso longitudinal, no qual os serviços foram assessorados durante 2 anos e que se baseou na análise das características dos hospitais, da frequência de reuniões do Comitê de Revitalização e da evolução do processo de pontuação dos hospitais. Os hospitais receberam 4 visitas, e foi feita uma análise descritiva envolvendo o número de reuniões, o volume de presenças e a tipologia de assuntos tratados nos Comitês de Revitalização com a evolução da pontuação obtida pelo hospital filantrópico, por cada critério de análise do CQH e pelo total.

A pontuação obtida pelos hospitais em cada visita do CQH se baseia na conformidade de cada quesito, dada por sim ou não, os quais compõe itens que se agrupam em 8 critérios já descritos. Há uma ponderação para cada item, de modo que a somatória dos quesitos totalize 500 pontos. Os valores de

referencia para as ponderações de cada item estão no final do roteiro de visitas, no anexo 2. Parte da análise desenvolvida no trabalho foi feita considerando a pontuação fornecida pelo CQH. Entretanto, para que haja uma compreensão melhor do desempenho de cada hospital por item, parte da análise também foi elaborada tomando como referência o grau de atingimento, em termos percentuais, de cada critério. O que equivaleria dizer que foi conferida, a cada critério, a possibilidade do alcance máximo de 100% e analisado o volume percentual atingido.

Por fim, o intuito deste trabalho se limita a analisar os dados das visitas até o nível dos critérios de excelência, não a aprofundando até o nível dos itens em cada critério. Há possibilidade, pelo material obtido, de que em outros trabalhos possam aprofundar as análises aqui propostas.

### **4.3 Breve perfil dos hospitais filantrópicos incluídos na assessoria direta**

#### **4.3.1 Santa Casa de Misericórdia de Franca**

Fundada em 16 de junho de 1897 por um grupo de cidadãos beneméritos, liderados pelo padre Cândido Martins da Silveira Rosa, a Santa Casa de Misericórdia de Franca iniciou suas atividades formais em janeiro de 1901, conforme registro em ata; primeiramente como Irmandade da Santa casa de Misericórdia de Franca e depois como Fundação, a partir de 1935.

A Irmandade exerceu suas atividades, desde a sua instalação, construindo o primeiro prédio,(do qual resta apenas a parte administrativa do atual CTI), cuja planta teria sido projetada em Paris

Já transformada em Fundação a Instituição passou por três importantes etapas até os anos 80. São elas: a construção do Pavilhão denominado Dr. João Marciano de Almeida, do pavilhão da maternidade e a do Hospital do Coração.Recentemente foram construídos o prédio que abriga a Hemodiálise e

o do Hospital do Câncer de Franca que iniciou suas atividades em 2002, além do que houve a reforma do prédio que abriga a administração, concluída em 2005.

Tornou-se um hospital de referência em média e alta complexidade para uma população de mais 700 mil pessoas de Franca e região, e atende 90 % de seus pacientes pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

O quadro a seguir resume as características básicas da Santa Casa de Franca

**Quadro 4 Características básicas, Santa Casa de Franca, 2008**

<b>Características</b>	<b>Situação</b>
Referência regional	SIM
Referência microrregional	SIM
Especialidades	SIM
Leitos	313
Leitos SUS	250
Alta complexidade	SIM
Média complexidade	SIM

fonte: CNES (consulta 2009)

#### **4.3.2. Santa Casa de São Joaquim da Barra – SP**

A Santa Casa de Misericórdia de São Joaquim da Barra é uma pessoa jurídica de direito privado, organizada sob a forma de sociedade civil, de fins beneficentes e filantrópicos, fundada em 12 de março de 1944, sediada na cidade de São Joaquim da Barra – SP e inaugurada em 1º de Agosto de 1957.

Tem por objetivo manter e administrar os leitos e serviços hospitalares, incluindo-se aqui tanto os atuais como quaisquer outros que venham a ser criados ou incorporados; criar, manter e administrar todos os serviços de proteção à velhice aos desempregados aos diminuídos mentais de natureza assistencial e beneficente e por fim estimular e praticar obras de misericórdia e prestar assistência social aos desvalidos. Em 1º de Agosto de 1957, foi feita a primeira cirurgia no Hospital quando então era dirigido pelas Irmãs de Caridade que executavam todos os tipos de tarefa. Nos anos de 1958/1959, foi dado início à construção da Maternidade com 900 ms2. Em virtude do aumento da cidade, o Hospital até então como era conhecido, transformou-se em Santa Casa em fins da década de 70. Naquele período, foi construído o ambulatório, ampliada a enfermaria, os serviços gerais, condicionando-o para se tornar, na década de 90 em hospital de referência na microrregião. Em 1993 criou seu próprio plano de seguro-saúde procurando capitalizar-se face às dificuldades financeiras em que se encontrava. Atualmente, conta com 20.000 usuários entre planos individuais e empresariais. É o único hospital do município e é referência para outros municípios, junto a DRS de Franca.

O quadro abaixo resume as características d Santa casa de Ituverava

**Quadro 8 Características básicas, Santa Casa de São Joaquim da Barra, 2008**

<b>Características</b>	<b>Situação</b>
Referência regional	NÃO
Referência microrregional	SIM
Especialidades	BÁSICAS
Leitos	128
Leitos SUS	100
Alta complexidade	NÃO
Média complexidade	SIM

fonte: CNES (consulta 2009)

#### **4.3.3 Santa Casa de Ituverava**

Após um movimento cujo inicio ocorreu em 1920, a Santa Casa de Misericórdia de Ituverava foi inaugurada em 1952 com a presença do então governador Lucas Nogueira Garcez. Antes de sua inauguração, com intuito de prestar serviços aos pobres e desvalidos, a diretoria provisório promoveu a fusão da Santa Casa com a Casa dos Pobres, que já há algum tempo prestava serviços numa pequena edificação.

Na década de 60 promove a primeira ampliação, com a construção do centro cirúrgico e a compra do RX. Na década de 70 promove a primeira ampliação de suas dependências, com o aumento das enfermarias e da área de apoio diagnóstico, ali incluído um novo RX.. nos últimos anos, a Santa Casa passou por uma série de problemas financeiros, como via de regra a maioria das Santas Casas passou, tendo estabilizado sua situação financeira nos

últimos 5 anos. Hoje a Santa Casa de Ituverava é referência microrregional e fundamental para o atendimento hospitalar da Região de Franca.

O quadro abaixo também resume as características básicas da Santa Casa de Ituverava

**Quadro 9 Características básicas, Santa Casa de Ituverava, 2008**

<b>Características</b>	<b>Situação</b>
Referência regional	NÃO
Referência microrregional	SIM
Especialidades	BÁSICAS (hemodiálise)
Leitos	106
Leitos SUS	71
Alta complexidade	NÃO
Média complexidade	SIM

fonte: CNES (consulta 2009)

#### **4.3.4. Santa Casa de Piracicaba**

A iniciativa de fundação da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba partiu de José Pinto de Almeida, comerciante português. A sessão histórica de fundação da Irmandade da Santa Casa foi em 25 de dezembro de 1854. Até que se conseguisse o terreno para a construção do hospital, a santa Casa funcionou numa pequena casa, na Rua da Glória, onde já servia de hospital para os enfermos indigentes e também para prestar socorro aos presos e pobres. O início da construção do prédio do hospital foi no ano de 1861, sendo que a conclusão da obra deu-se em meados de 1869. No início do século XX foram feitas as primeiras ampliações de suas enfermarias e incorporado o então

Asilo de São Lázaro. Na década de 60 ocorreram novas ampliações, como o banco de sangue, centro cirúrgico. Nos anos seguintes a instituição passa por dificuldades financeiras e só se estabiliza na década de 90, com incorporação de tecnologia e qualificação de seus recursos humanos. Foi quando ampliou novamente suas dependências incluindo as áreas de apoio diagnóstico, enfermarias e se tornou referência regional.

O quadro seguinte resume também as características básicas da Santa casa de Piracicaba.

**Quadro 10 Características básicas, Santa Casa de Piracicaba, 2008**

<b>Características</b>	<b>Situação</b>
Referência regional	SIM
Referência microrregional	SIM
Especialidades	SIM
Leitos	386
Leitos SUS	226
Alta complexidade	SIM
Média complexidade	SIM

fonte: CNES (consulta 2009)

#### **4.3.5. Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba**

A história do Hospital dos Fornecedores de Cana une-se com a da cidade de Piracicaba durante o apogeu da cultura canavieira, no ano de 1967. Milhares de pessoas empregadas no setor motivaram a criação de um complexo de saúde até então sem paralelos na cidade. Administrado pela Associação dos Fornecedores de Cana, e projetado inicialmente para atender o trabalhador rural, o hospital expandiu-se e ampliou o atendimento para outras classes



conveniadas e também ao Sistema Único de Saúde. Possui diversos serviços e atualmente é um dos principais prestadores de serviços para o SUS na região. O quadro seguinte resume as características básicas do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba.

**Quadro 11 Características básicas, Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, 2008**

<b>Características</b>	<b>Situação</b>
Referência regional	SIM
Referência microrregional	SIM
Especialidades	SIM
Leitos	201
Leitos SUS	128
Alta complexidade	SIM
Média complexidade	SIM

fonte: CNES (consulta 2009)

#### **4.3.6. Santa Casa de Misericórdia de Capivari**

A Santa Casa de Misericórdia de Capivari foi fundada em 1890, tendo iniciado suas atividades hospitalares em 1898. Seu objetivo principal era recolher, tratar e socorrer os pobres desvalidos em cumprimento dos deveres da humanidade e da caridade. Entidade filantrópica é, desde então, o principal hospital da cidade, atendendo também as regiões vizinhas, onde a maior fonte de renda é a cana-de-açúcar. A manutenção e o crescimento da Santa Casa ocorreram graças à participação da comunidade, principalmente através de doações e legados testamentários.

A Santa Casa sempre permaneceu no mesmo local, tendo sofrido varias modificações, com significativa ampliação do prédio original. Nos anos de 1934 e 1935, ocorreram reformas visando à melhoria do atendimento à comunidade. Em 1946, a Santa Casa inaugurou um novo Pavilhão e, em 1954, foi inaugurada a Maternidade. Em 1970 foram inaugurados o Centro Cirúrgico, o Pronto Socorro, e ampliadas as enfermarias. Em 1989 foram inaugurados o Banco de Sangue e a enfermaria de pediatria e ,em 1999, inaugurou-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No final da década de 90 e até meados dos anos 2000 passou por grave crise financeira parcialmente equacionada graças a sua importância como hospital de referência para a microrregião.

O quadro abaixo também resume as características básicas da Santa Casa de Capivari.

**Quadro 12 – Características básicas, Santa Casa de Capivari, 2008**

<b>Características</b>	<b>Situação</b>
Referência regional	NÃO
Referência microrregional	SIM
Especialidades	BÁSICAS
Leitos	88
Leitos SUS	65
Alta complexidade	NÃO
Média complexidade	SIM

fonte: CNES (consulta 2009)

O objetivo do programa, em síntese, é elevar o desempenho gerencial e aprimorar a qualidade da prestação de serviços dos hospitais filantrópicos incluídos na área de concessão da CPFL.

Este trabalho se ateve, no escopo do Programa, em analisar o processo de assessoria direta disponibilizada aos hospitais filantrópicos e o impacto avaliado por meio do Compromisso de Qualidade Hospitalar.

#### 4.4. Resultados das avaliações do CQH por hospital

Para melhor compreensão da análise a ser feita das avaliações, inicialmente se observou cada hospital e seu desempenho, ao longo do tempo de desenvolvimento do trabalho de consultoria, focalizando o conjunto de pontos e, em seguida os critérios por hospital.

##### 4.4.1 Avaliação da pontuação geral

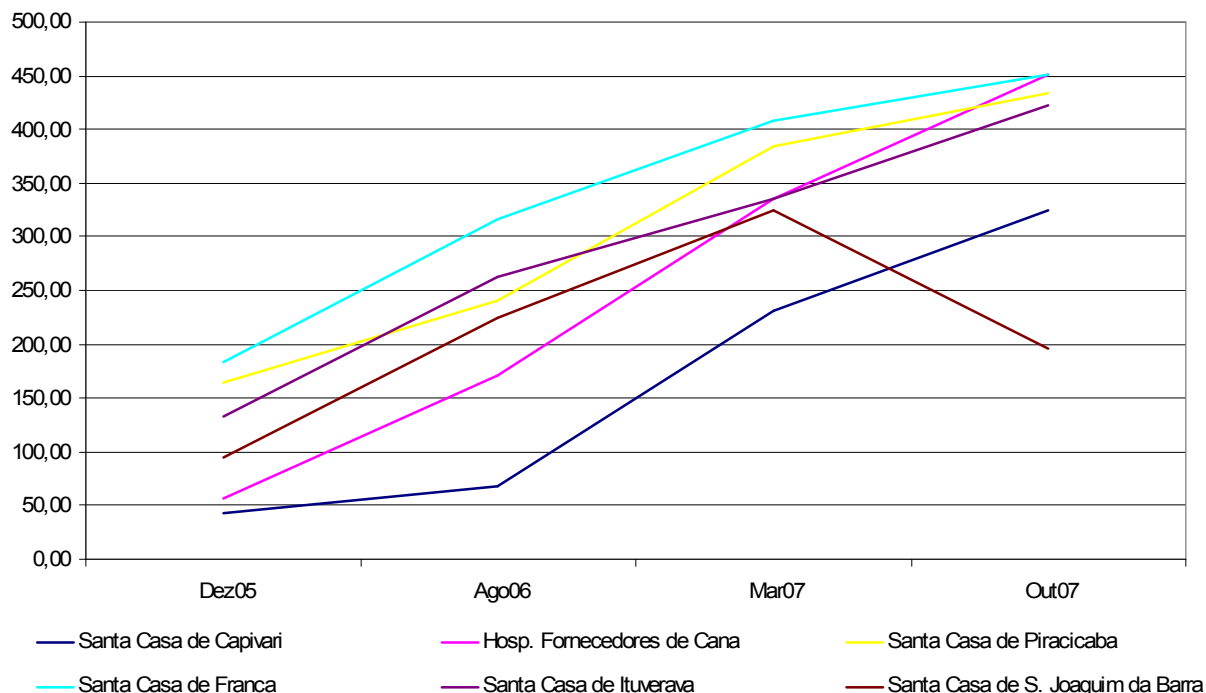
A tabela 7 apresenta os valores das pontuações obtidas pelos hospitais nas quatro ocasiões em que ocorreram as visitas da equipe do CQH

**Tabela 7 – Pontuação atingida pelos participantes do Programa de Revitalização Hospitais Filantrópicos, 2005 - 2007**

HOSPITAL	Dez05	Ago06	Mar07	Out07
Santa Casa de Capivari	43,00	68,34	231,79	323,92
Hospital dos Fornecedores de Cana	56,91	170,41	335,35	450,78
Santa Casa de Piracicaba	165,02	240,71	384,71	433,95
Santa Casa de Franca	183,80	316,60	407,98	450,41
Santa Casa de Ituverava	132,98	262,56	335,46	421,88
Santa Casa de S. Joaquim da Barra	94,48	224,97	324,53	196,60

Em todos os hospitais observa-se uma evolução contínua de melhoria da pontuação ao longo do tempo, com exceção da última visita feita na Santa Casa de São Joaquim da Barra. Dos hospitais que atingiram um patamar superior a 400 pontos, apenas o hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba iniciou o processo com uma pontuação menor que 100 pontos. O gráfico 2 ilustra a evolução da pontuação.

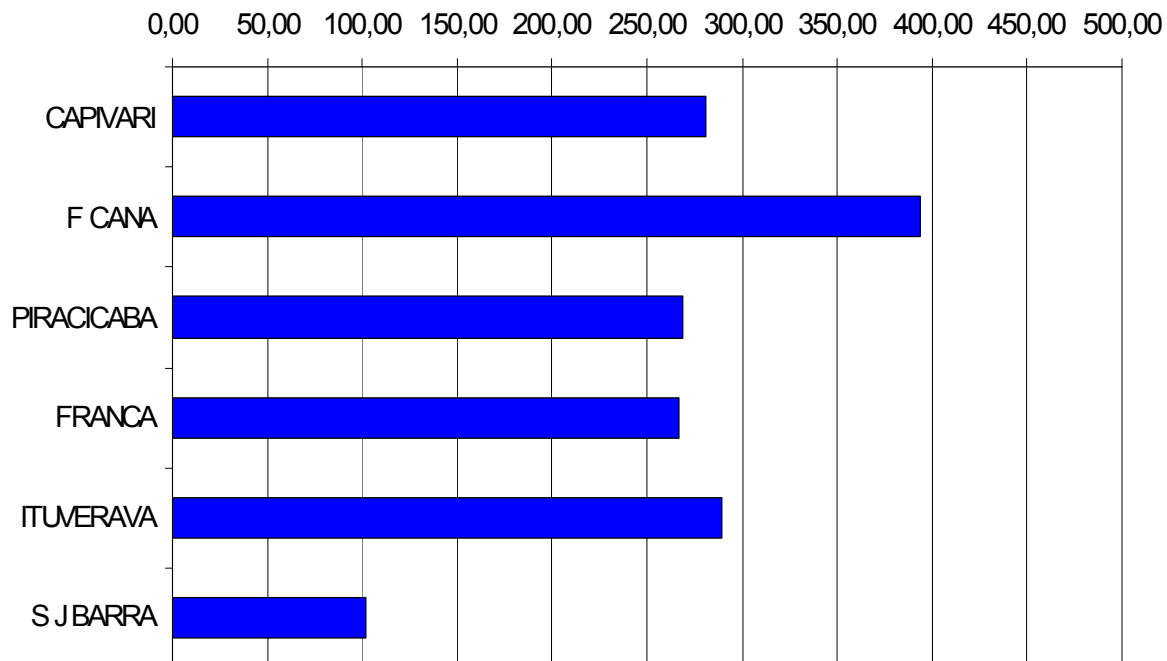
**Gráfico 2 – Pontuação atingida pelos participantes do Programa de Revitalização Hospitais Filantrópicos da CPFL, 2005 - 2007**



É evidente a tendência crescente da pontuação em todos os hospitais, sem que haja, no geral, uma “quebra de ritmo” no crescimento dos valores ao longo do tempo. Numa primeira consideração pode-se manifestar que os hospitais sofreram uma evolução no seu desempenho de gestão segundo a avaliação feita pelo CQH.

O gráfico 3 apresenta o volume de “ganho de pontos” obtido por cada hospital ao longo do programa, tendo a pontuação nula como ponto de partida.

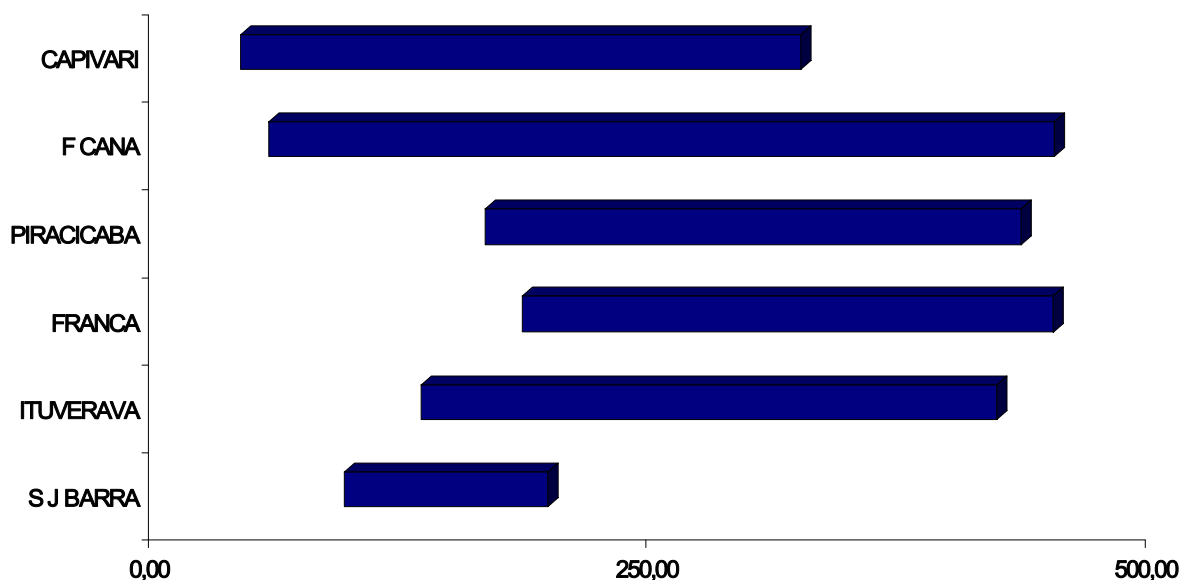
**Gráfico 3 - Volume de pontos ganho por hospital, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**



A maior ganho de pontuação foi do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, que apresenta uma evolução que se aproxima de 400 pontos, o que mostra um processo bastante forte de vinculação ao Programa. Com exceção da Santa Casa de São Joaquim da Barra, todos tiveram um ganho de pontuação superior a 250 pontos, metade da pontuação total, o que também salienta um bom grau de relacionamento com as atividades do Programa.

Para se ter uma noção mais situacional da evolução da pontuação dos hospitais, o gráfico 4 ilustra o mesmo ganho de pontuação do anterior considerando o ponto de partida correspondente a cada um deles.

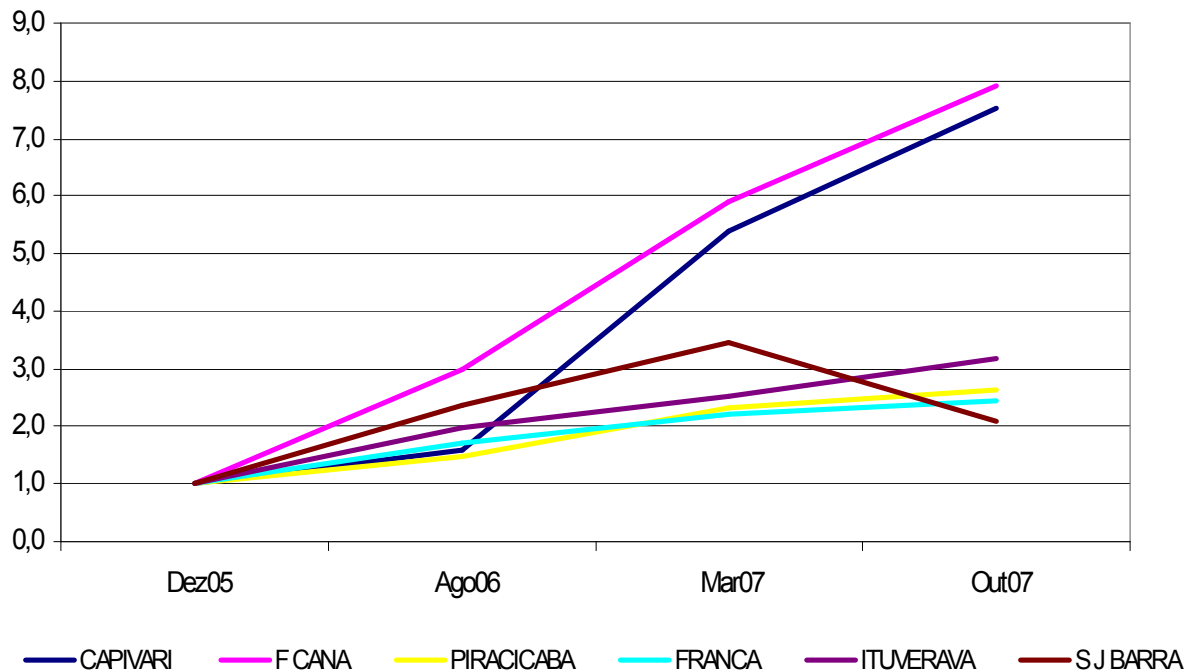
**Gráfico 4 – Pontuação inicial e final por hospital, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**



Sob este aspecto, é importante ressaltar que os hospitais cuja pontuação inicial foi menor eram, em tese, hospitais menos estruturados e que, portanto, deveriam empreender maiores esforços para obter melhorias de qualidade e conseqüentemente avaliações que se traduzissem em maior número de pontos. Nesse aspecto destacam-se a Santa Casa de Capivari e o Hospital dos Fornecedores de Cana.

Analisando sob o aspecto proporcional a evolução da pontuação dos hospitais, considerando como referência sua pontuação inicial, fica mais evidente o ganho obtido pela Santa Casa de Capivari e pelo Hospital dos Fornecedores de Cana.

**Gráfico 5 – Ganho proporcional em relação à pontuação inicial por hospital, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**

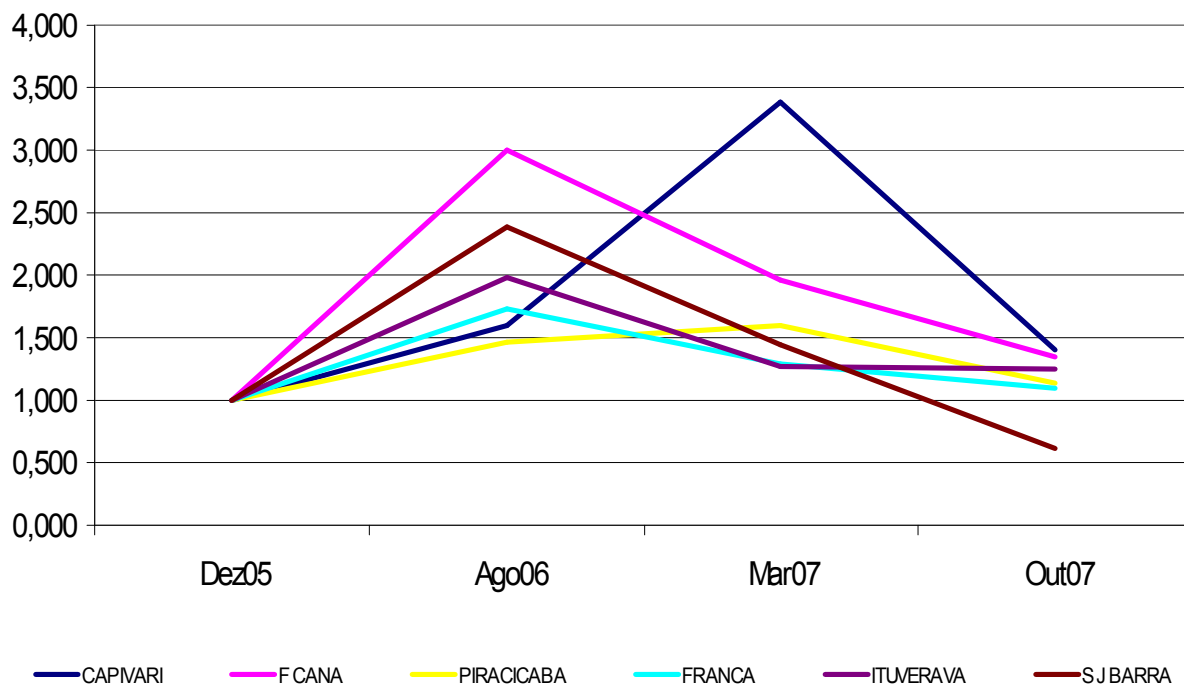


Para os dois hospitais citados, o ganho é de quase 8 vezes a pontuação inicial. Os demais hospitais, no mínimo, dobraram a pontuação, tendo a Santa Casa de Capivari triplicado seu número de pontos. Observa-se também que a Santa Casa de São Joaquim da Barra mais que triplicou seu número de pontos até a terceira avaliação e, no entanto, na avaliação final teve uma queda de pontuação, o que não se evidencia nas ilustrações anteriores.

Por outro lado, ao analisar o ganho proporcional obtido considerando como referência a avaliação anterior, observa-se outros aspectos relacionados ao ritmo do ganho de pontos.



**Gráfico 6 – Ganho proporcional da pontuação por hospital com referência a avaliação anterior, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**



Os maiores ganhos de pontuação proporcionais aconteceram entre a primeira e a segunda avaliação, sendo que nas demais avaliações há uma queda de “ritmo” de ganho. A exceção ocorre entre a segunda e a terceira avaliação nas Santas Casas de Capivari e Piracicaba. No entanto há uma queda de ganho proporcional em todos os hospitais entre a terceira e quarta avaliação. É evidente que, à medida que se avança na pontuação, restam menos quesitos para se obter novos pontos e, portanto, naturalmente há uma queda de “ritmo”. Porém pode se aliar a isto uma crescente dificuldade em melhorar a avaliação, pois mais ao final, restam quesitos que apresentariam maior dificuldade de resolução e mobilizariam maiores esforços por parte dos hospitais.

Como o Programa definiu uma escala em faixas para que os hospitais participantes pudessem ser certificados assim que alcançassem determinado

número de pontos, nas fases intermediárias já havia hospitais sendo reconhecidos pelo CQH. O quadro 9 representa a evolução do processo de certificação de cada hospital participante.

**Quadro 13 Evolução das Certificações do CQH por hospital participante, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos**

HOSPITAL	Ago06	Mar07	Out07
SANTA CASA DE CAPIVARI	-	Bronze	Prata
HOSP. FORNECEDORES DE CANA	Bronze	Prata	Ouro
SANTA CASA DE PIRACICABA	Bronze	Ouro	Ouro
SANTA CASA DE FRANCA	Prata	Ouro	Ouro
SANTA CASA DE ITUVERAVA	Prata	Prata	Ouro
SANTA CASA DE S J BARRA	Bronze	Prata	-

Ao final do Programa, 4 hospitais filantrópicos foram certificados no nível ouro do Programa. Já na primeira avaliação, a Santa Casa de Franca e a de Piracicaba conquistaram o nível prata, pois já se encontravam em um nível de pontuação mais elevado. A Santa casa de São Joaquim da Barra, apesar de não haver repetido o desempenho que teve na penúltima avaliação, não teve seu nível “rebaixado”, já que não é premissa do Programa esse tipo de procedimento. Nestas situações apenas não se repete e certificação, como foram os casos de Franca e Piracicaba. Cabe explicitar que nas caselas em branco, na Santa Casa de Capivari não houve pontuação suficiente para certificasse em nenhum nível em agosto de 2006 e, na Santa Casa de São Joaquim da Barra, em outubro de 2007, o número de pontos atingido foi menor

que o alcançado na visita anterior. Neste caso, como não há previsão de “rebaixamento” do hospital, não lhe foi conferida nenhuma certificação.

#### **4.4.2. Avaliação da Pontuação por Hospital Filantrópico**

Cada hospital, conforme já foi observado na análise geral, trilhou uma história própria na evolução do Programa. Nesse sentido, é importante que se observe o detalhamento dessa evolução considerando os 8 critérios de avaliação do CQH. Assim cada hospital será analisado particularmente pela pontuação obtida e pela evolução relativa ou grau de atingimento, de acordo com cada um dos critérios.

##### **4.4.2.1. Santa Casa de Capivari**

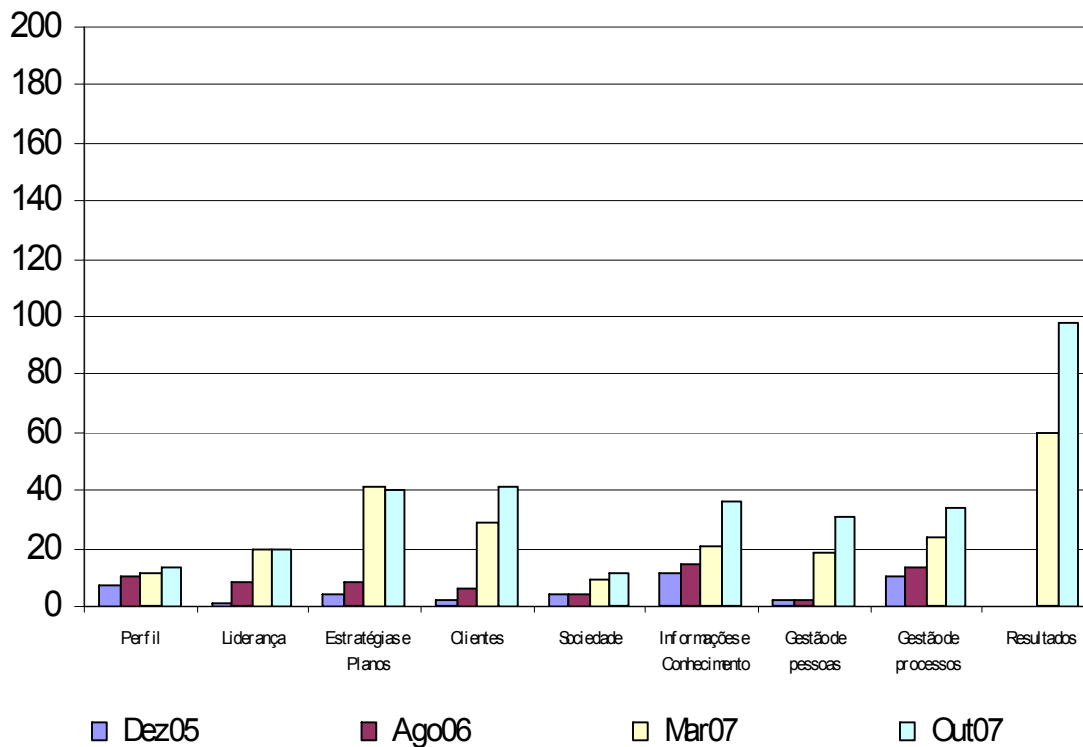
A Santa Casa de Capivari foi o hospital participante que de início obteve a menor pontuação na primeira avaliação do CQH. A tabela 8 mostra a evolução da pontuação obtida por critério em cada visita.

**Tabela 9 Pontuação da Santa Casa de Capivari por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**

<b>Critério</b>	<b>Dez05</b>	<b>Ago06</b>	<b>PMar07</b>	<b>Out07</b>
Perfil	6,71	10,80	11,17	13,30
Liderança	0,88	8,31	19,23	19,23
Estratégias e Planos	4,56	8,27	41,05	40,10
Clientes	2,45	6,55	28,63	40,91
Sociedade	4,54	4,54	8,95	10,83
Informações e Conhecimento	11,65	14,52	21,10	35,64
Gestão de pessoas	2,36	1,77	18,38	31,26
Gestão de processos	9,85	13,58	23,76	34,31
Resultados	0,00	0,00	59,52	98,34
<b>TOTAL</b>	<b>43,00</b>	<b>68,34</b>	<b>231,79</b>	<b>323,92</b>

A pontuação obtida nos critérios de liderança, clientes e resultados é bastante baixa, sendo nula neste último, e revela a precariedade organizacional e administrativa do hospital no início do Programa. No entanto, a evolução é bastante importante nos critérios liderança, estratégias e planos, clientes e resultados. O gráfico 7 ilustra essa evolução.

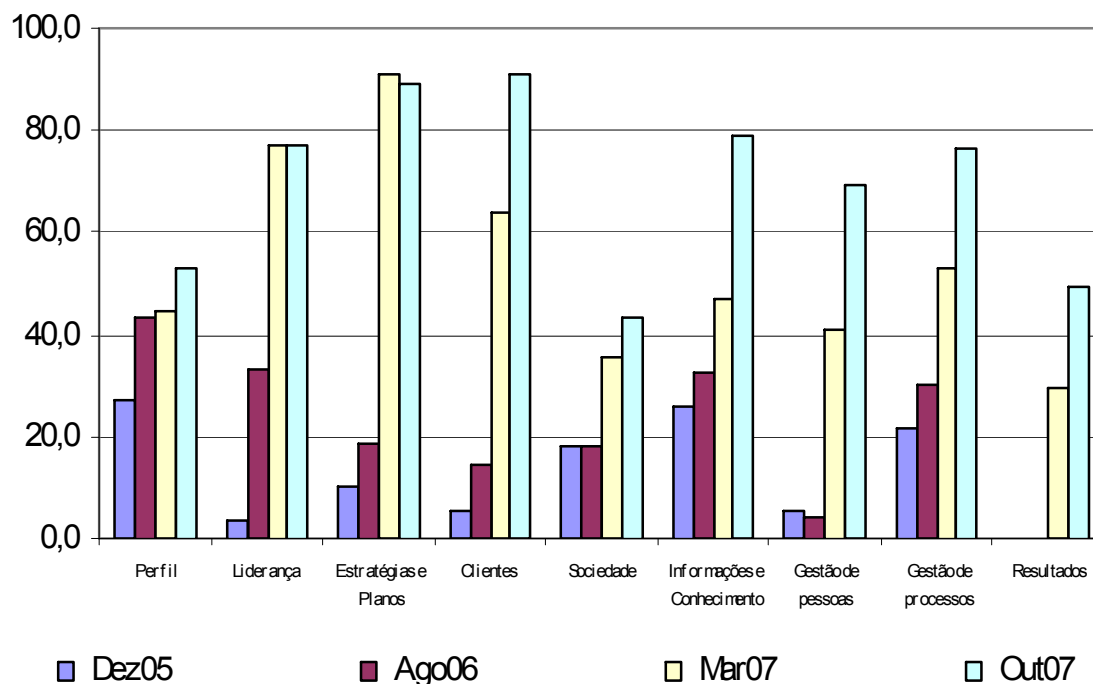
**Gráfico 7 Pontuação da Santa Casa de Capivari por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Ratificam-se os avanços nos critérios apontados anteriormente e salientam-se, particularmente, os critérios resultados, estratégias e planos e clientes. É bom que se considere o fato de que o critério resultados é bastante influenciado pelos demais, pois reflete principalmente a sistematização e o arranjo da organização do hospital através dos sistemas de informação.

O gráfico 8 ilustra a evolução da pontuação pelo grau de atingimento de cada critério

**Gráfico 8 – Grau de Atingimento (%) da Santa Casa de Capivari por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Desta forma se observa que os critérios nos quais o hospital atingiu os maiores níveis foram estratégias e planos e clientes, enquanto que nos critérios perfil e sociedade foram obtidos os menores graus de atingimento.

Em síntese, a Santa Casa de Capivari obteve uma evolução bastante importante na maioria dos critérios analisados, tendo uma relativa dificuldade naqueles itens que se referem basicamente aos investimentos financeiros e sociais (perfil e sociedade) e a sua estruturação sistêmica (resultados).

#### 4.4.2.2. Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba

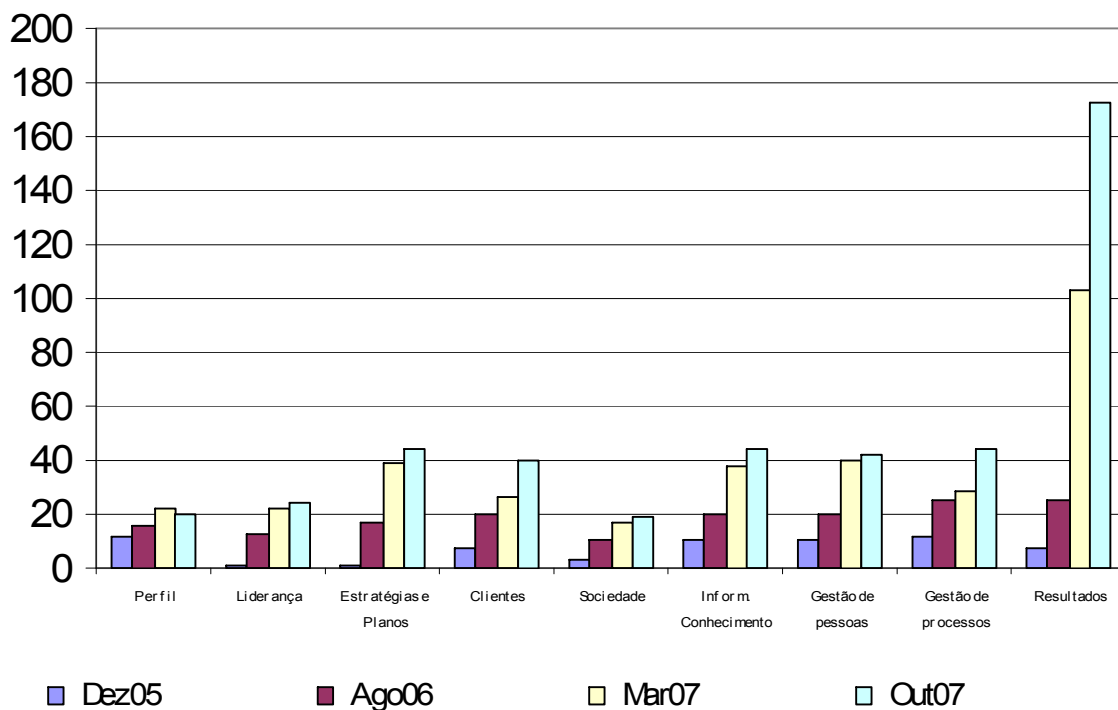
O Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba foi o hospital participante que de início obteve a segunda menor pontuação na primeira avaliação do CQH. A tabela 9 mostra a evolução da pontuação obtida por critério em cada visita.

**Tabela 9 – Pontuação do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**

<b>Critério</b>	<b>Dez05</b>	<b>Ago06</b>	<b>Mar07</b>	<b>Out07</b>
Perfil	11,50	16,00	22,00	20,50
Liderança	1,31	12,17	22,08	24,42
Estratégias e Planos	1,29	16,93	39,16	43,71
Clientes	7,36	19,64	26,18	40,09
Sociedade	2,75	10,13	16,64	19,38
Inform. Conhecimento	10,69	20,33	37,48	44,04
Gestão de pessoas	10,69	20,33	40,14	41,83
Gestão de processos	12,04	24,90	28,58	43,83
Resultados	7,14	25,00	103,09	172,98
<b>TOTAL</b>	<b>56,91</b>	<b>170,41</b>	<b>335,35</b>	<b>450,78</b>

A pontuação obtida nos critérios de liderança, estratégias e planos e sociedade é bastante baixa e revela a também uma considerável desestruturação organizacional e de planificação do hospital no início do Programa. No entanto, a evolução é bastante importante nos critérios liderança, estratégias e planos e resultados. O gráfico 9 observa-se essa evolução.

**Gráfico 9– Pontuação do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**

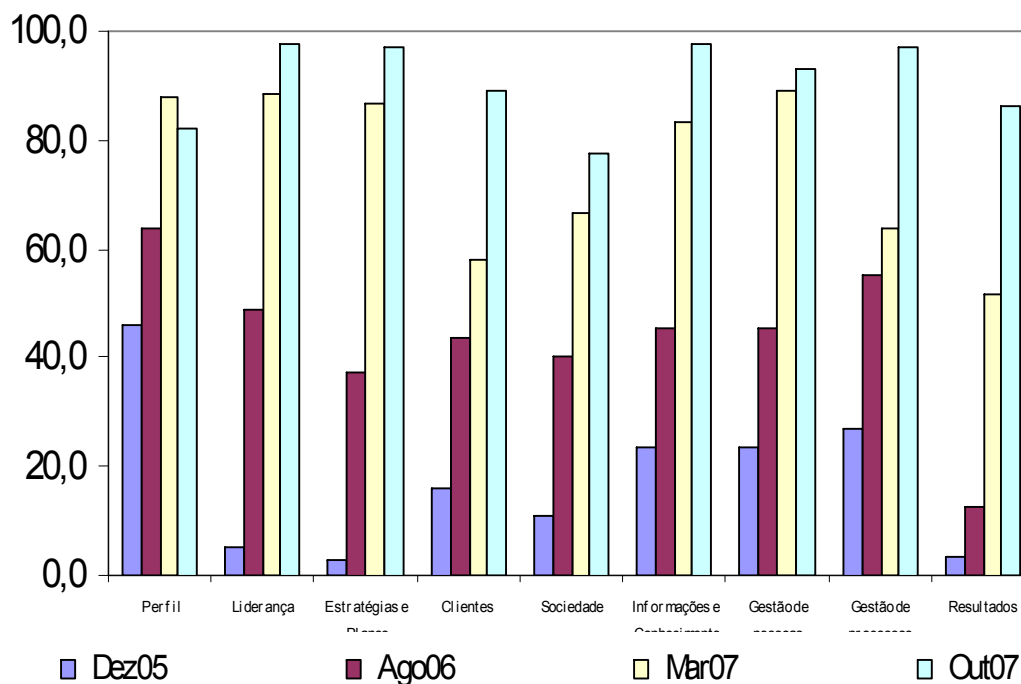


Além dos avanços nos critérios apontados anteriormente salientam-se, particularmente, os critérios resultados, estratégias e planos, clientes e gestão de processos.

O gráfico 10 ilustra a evolução da pontuação pelo grau de atingimento de cada critério



**Gráfico 10 – Grau de Atingimento (%) do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Desta forma se observa que o hospital evoluiu muito bem, em termos proporcionais em quase todos os critérios, excetuando-se o perfil que, como já foi dito, se relaciona com investimentos gerais. Mesmo assim, a proporção atingida excedeu 80% de atingimento.

Pode-se resumir que o Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba obteve uma grande evolução na maioria dos critérios analisados, apresentando uma importante evolução de sua gestão na avaliação geral e particular de sua participação no Programa.

#### 4.4.2.3. Santa Casa de Piracicaba

A Santa Casa de Piracicaba foi o hospital participante que de início obteve a segunda maior pontuação na primeira avaliação do CQH. A tabela 10 mostra a evolução da pontuação obtida por critério em cada visita.

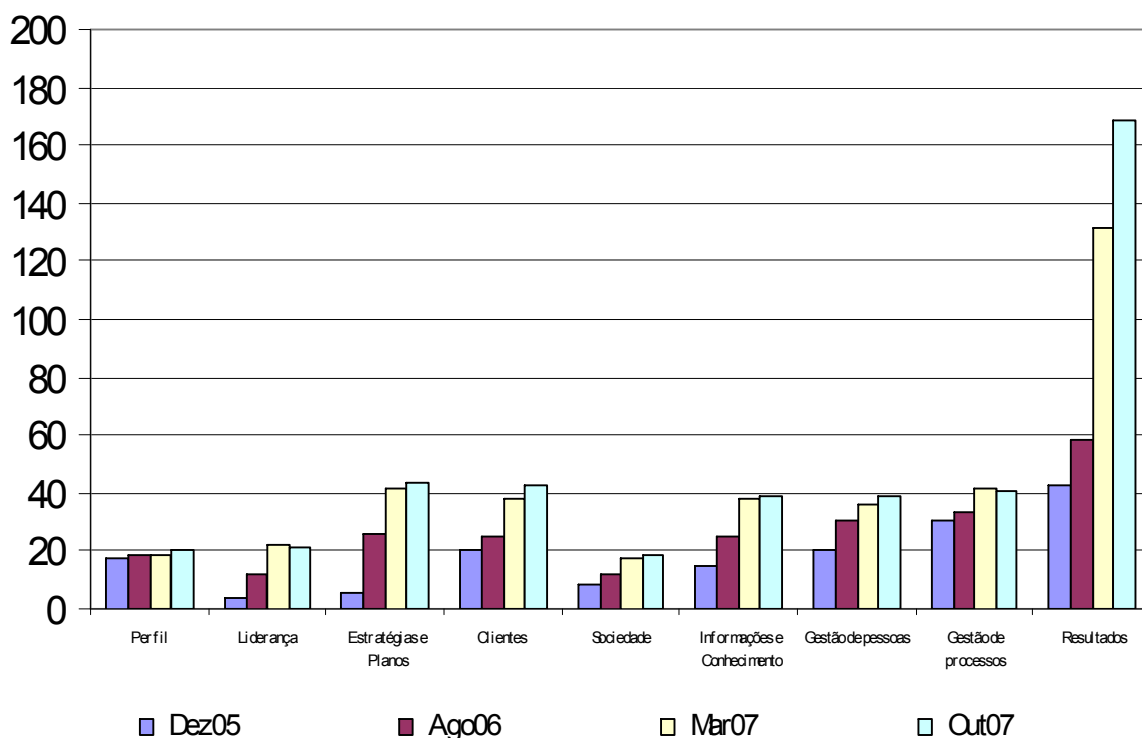
**Tabela 10 – Pontuação da Santa Casa de Piracicaba por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**

<b>Critério</b>	<b>Dez05</b>	<b>Ago06</b>	<b>Mar07</b>	<b>Out07</b>
Perfil	18,00	18,50	18,09	20,21
Liderança	3,65	12,43	22,38	21,53
Estratégias e Planos	5,94	26,39	41,73	43,36
Clientes	20,45	24,55	37,64	42,55
Sociedade	8,45	12,24	17,35	18,93
Informações e Conhecimento	14,68	25,01	38,38	38,94
Gestão de pessoas	20,69	30,64	35,96	39,12
Gestão de processos	30,11	32,92	41,45	40,85
Resultados	43,04	58,04	131,73	168,46
<b>TOTAL</b>	<b>165,02</b>	<b>240,71</b>	<b>384,71</b>	<b>433,95</b>

Relativamente aos demais, apenas a pontuação obtida nos critérios de liderança e estratégias e planos poderiam ser consideradas baixas. O hospital já apresentava uma razoável estruturação no critério de gestão de processos e também em gestão de pessoas. Isto tanto é constatável que ao visualizar a

evolução de sua pontuação, nesses dois critérios a evolução é menor. O gráfico 11 ilustra essa evolução.

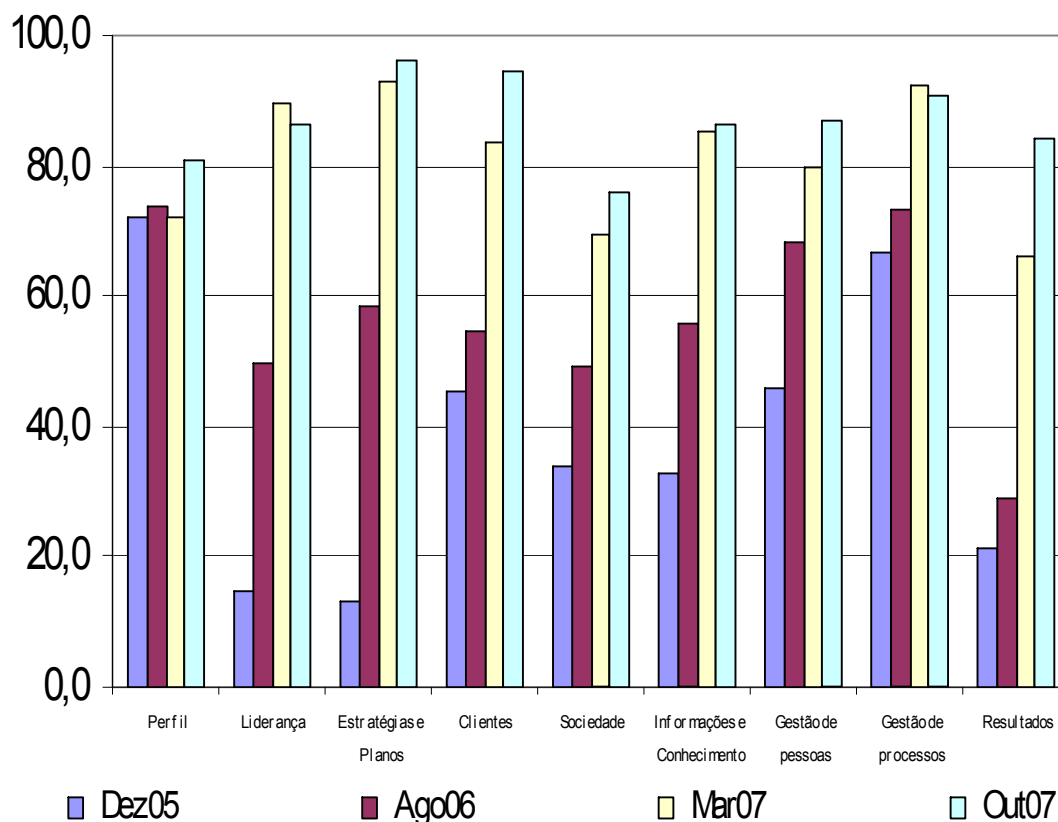
**Gráfico 11 – Pontuação da Santa Casa de Piracicaba por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



A evolução mais consistente em todos os critérios, principalmente em liderança, estratégias e planos, clientes e informação e conhecimento permitiu essa evolução e o impacto sistêmico traduzido no forte crescimento dos pontos do critério resultados.

O gráfico 12 ilustra a evolução da pontuação pelo grau de atingimento de cada critério

**Gráfico 12 – Grau de Atingimento (%) da Santa Casa de Piracicaba por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Sob este aspecto, apenas no critério relação com a sociedade que o hospital não alcançou a marca de 80% de atingimento na última visita do CQH, mostrando um consistente envolvimento com o Programa com as metas e atividades por ele preconizadas. Em resumo, a Santa Casa de Piracicaba evoluiu de forma mais homogênea e, de certa forma, mais consistente numa análise mais abrangente.

#### 4.4.2.4. Santa Casa de Franca

Foi a Santa Casa de Franca o hospital participante que de obteve a maior pontuação total na primeira avaliação do CQH. A tabela 11 mostra sua evolução da pontuação obtida por critério em cada visita.

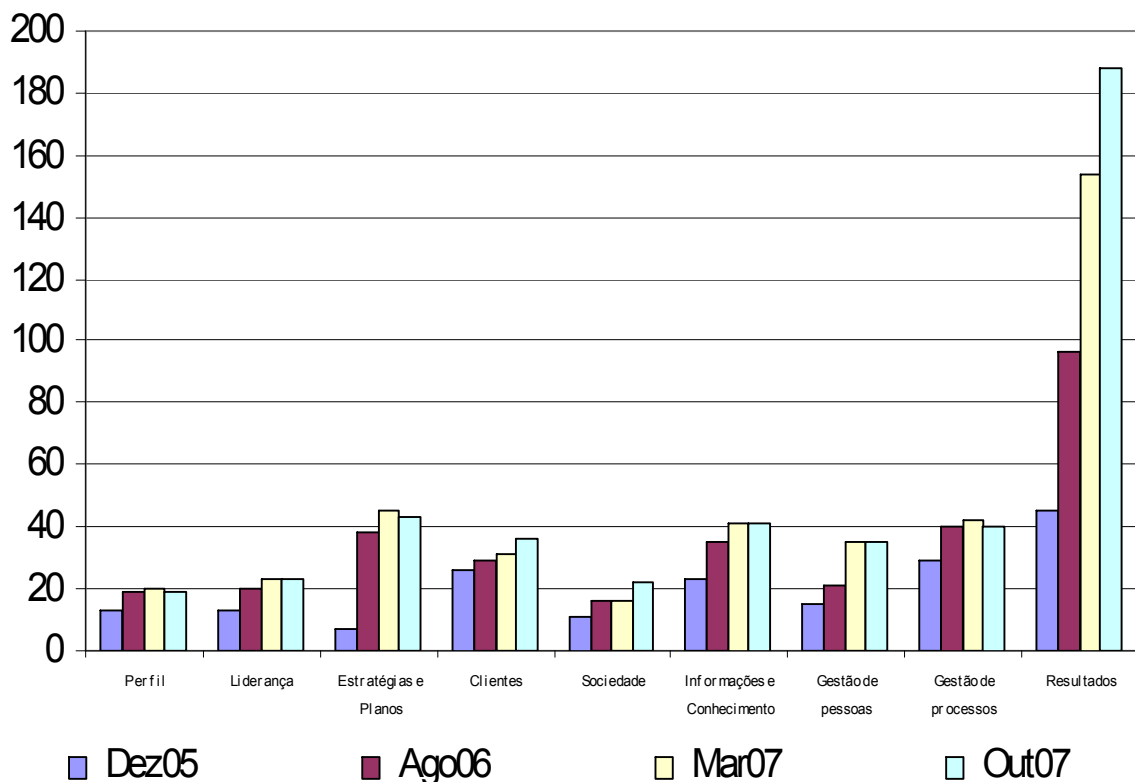
**Tabela 11 – Pontuação da Santa Casa de Franca por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**

<b>Critério</b>	<b>Dez05</b>	<b>Ago06</b>	<b>Mar07</b>	<b>Out07</b>
Perfil	13,46	18,75	20,50	19,50
Liderança	13,39	20,42	22,70	23,57
Estratégias e Planos	7,33	38,01	45,00	43,71
Clientes	26,18	29,45	31,09	36,00
Sociedade	11,50	16,50	16,50	22,50
Informações e Conhecimento	23,28	35,04	40,86	41,41
Gestão de pessoas	14,98	21,20	35,00	35,61
Gestão de processos	28,86	40,32	42,24	40,25
Resultados	44,82	96,90	154,11	187,86
<b>TOTAL</b>	<b>183,80</b>	<b>316,60</b>	<b>408,00</b>	<b>450,41</b>

Em relação aos demais, não há em nenhum critério uma pontuação que pudesse ser considerada baixa. Assim como o anterior, o hospital já apresentava uma razoável estruturação nos critérios de relacionamento com clientes, informação e conhecimento e em gestão de processos. O que chama

a atenção é a grande evolução em estratégias e planos, conforme também pode ser visualizado no gráfico 13.

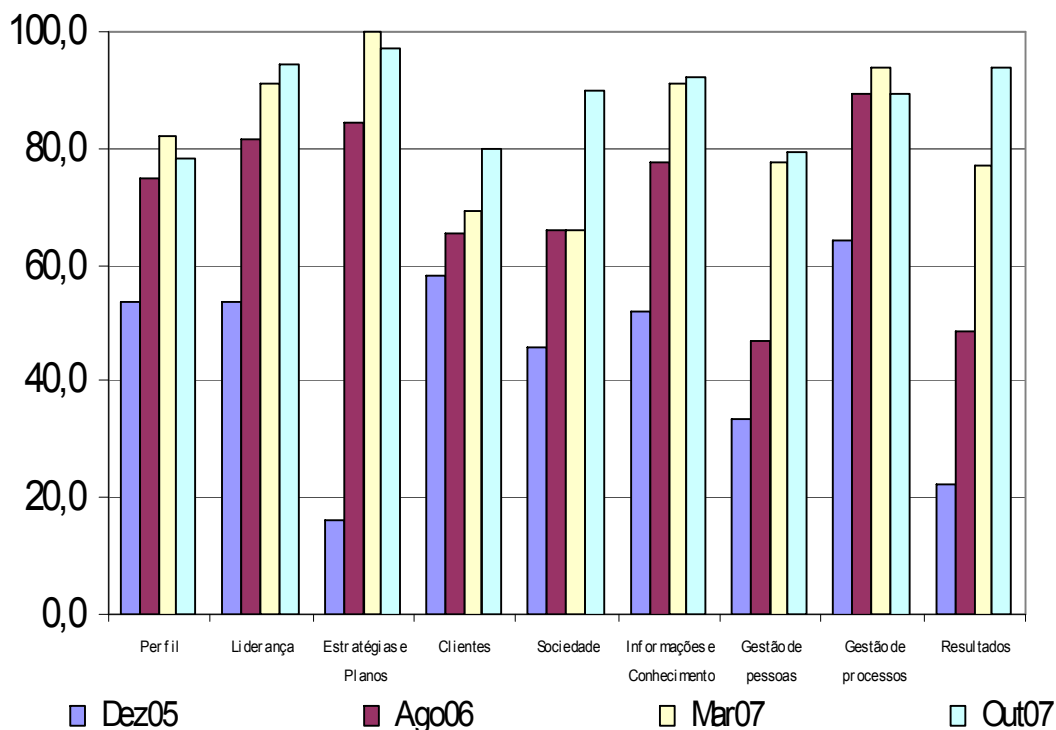
**Gráfico 13 – Pontuação da Santa Casa de Franca por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Neste caso também se encontra uma evolução mais consistente em todos os critérios, com maior destaque para estratégias e planos, informação e conhecimento e gestão de processos, o que, conforme já foi visto, traz, em conjunto com os demais, um forte impacto sistêmico manifestado no critério resultados.

O gráfico 14 ilustra a evolução da pontuação pelo grau de atingimento de cada critério

**Gráfico 14 – Grau de Atingimento (%) da Santa Casa de Franca por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Ao analisar o grau de atingimento, o hospital só não atingiu 80% na última visita no critério perfil, apesar de já tê-lo feito na avaliação anterior. Outra vez observa-se um consistente envolvimento com o Programa, com suas metas. Também neste caso pode-se dizer que a Santa Casa de Franca evoluiu de maneira mais homogênea e, de certa forma, mais consistente se for considerado o perfil de evolução apresentado.

#### 4.4.2.5. Santa Casa de Ituverava

A Santa Casa de Ituverava, apesar de na primeira avaliação não apresentar nenhum critério com pontuação muito baixa, de outra forma não

atingiu pontuações relevantes. Dessa forma, os valores apresentados na tabela 11 mostram pouca variação entre as pontuações de cada critério.

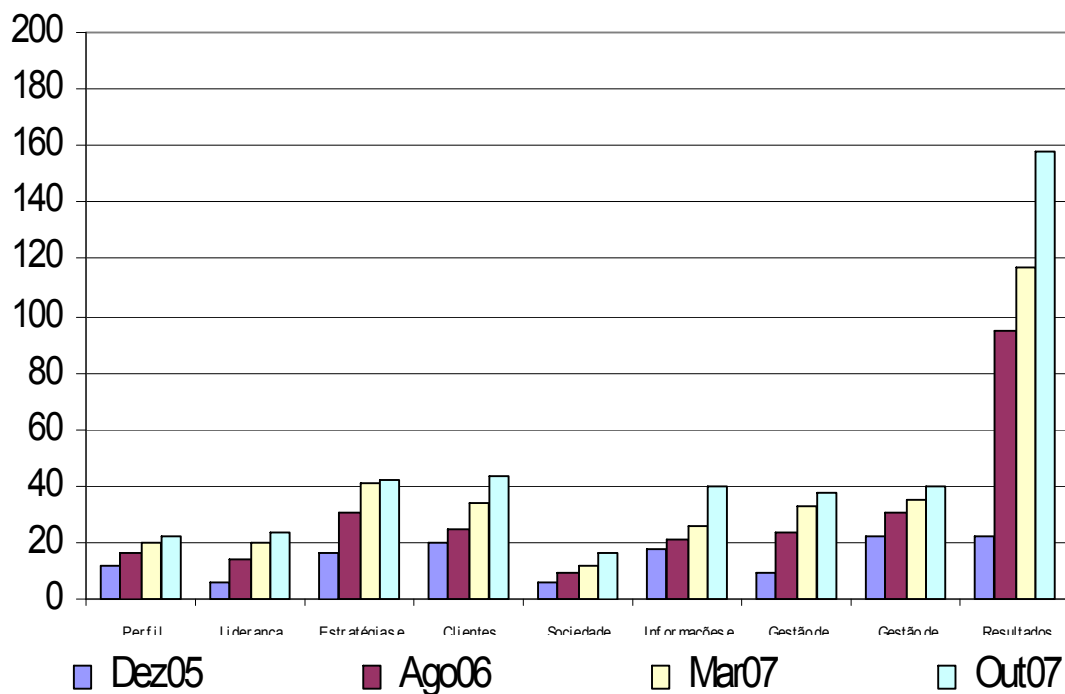
**Tabela 12 – Pontuação da Santa Casa de Ituverava por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**

<b>Critério</b>	<b>Dez05</b>	<b>Ago06</b>	<b>Mar07</b>	<b>Out07</b>
Perfil	12,23	16,30	19,44	21,67
Liderança	6,42	13,54	19,78	23,57
Estratégias e Planos	16,23	29,99	40,59	42,07
Clientes	20,45	24,55	33,54	43,36
Sociedade	6,28	9,11	11,16	16,81
Informações e Conhecimento	18,06	20,70	26,23	39,49
Gestão de pessoas	9,39	23,56	32,48	37,80
Gestão de processos	22,24	30,41	35,64	39,61
Resultados	21,67	94,40	116,60	157,50
<b>TOTAL</b>	<b>132,98</b>	<b>262,56</b>	<b>335,46</b>	<b>421,88</b>

Sua evolução ocorreu de forma mais homogênea em quase todos os critérios, tanto que o que mais cresceu em pontuação foi o de resultados. Pode-se visualizar essa evolução no gráfico 15.



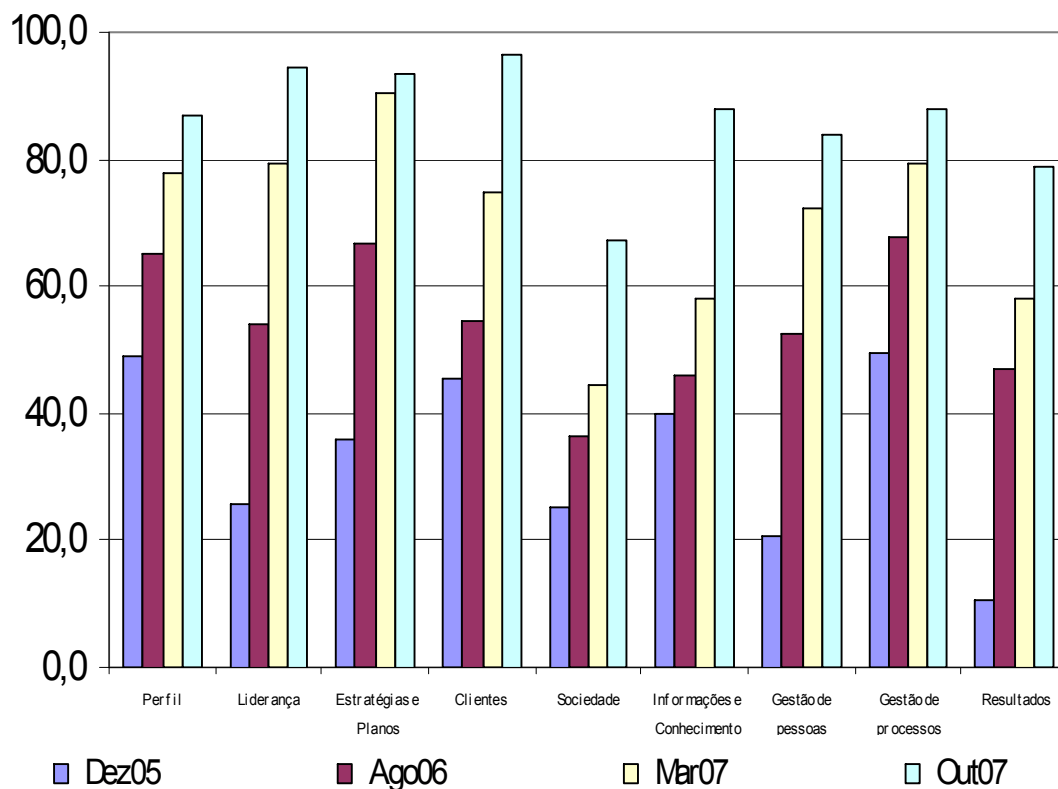
**Gráfico 15 – Pontuação da Santa Casa de Ituverava por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



No entanto, há uma menor evolução no critério sociedade, como pode-se observar sendo sua evolução bastante discreta em relação às demais. Pode-se destacar, o considerável crescimento de pontuação do critério informações e conhecimento na última visita.

No gráfico 16 observa-se a evolução do grau de atingimento de cada critério da Santa casa de Ituverava.

**Gráfico 16 – Grau de Atingimento (%) da Santa Casa de Ituverava por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Com exceção do critério sociedade e resultados, todos os demais critérios ultrapassaram 80% de atingimento na última visita. É bem provável, neste caso, ocorra a influência do primeiro no segundo, pois o reflexo da baixa pontuação atingida pelo critério sociedade se refletiu no valor do resultado. Apesar dessa circunstância, pode-se depreender um envolvimento geral do hospital com as atividades e metas do Programa.

#### 4.4.2.6 Santa Casa de São Joaquim da Barra

A Santa Casa de Ituverava, na primeira avaliação apresentou pontuação muito baixa nos critérios liderança, estratégias e planos, sociedade e gestão de pessoas. Nos demais critérios as pontuações foram razoáveis. A tabela 12 mostra a evolução dos valores e a variação entre as pontuações de cada critério.

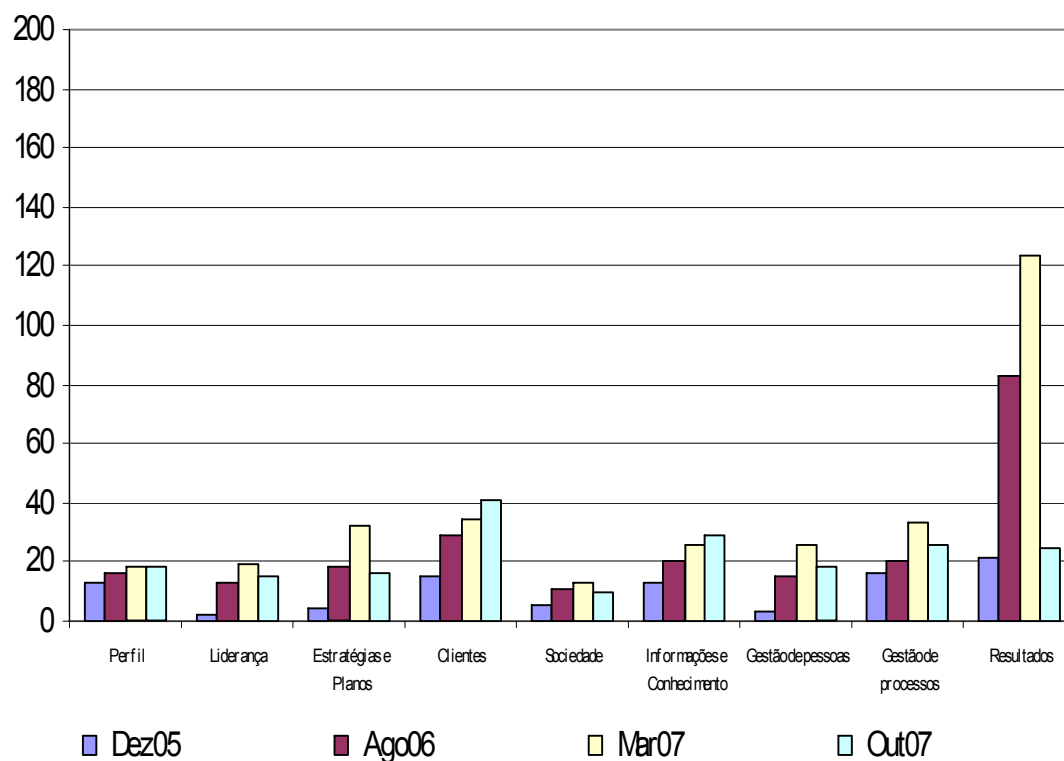
**Tabela 13 – Pontuação da Santa Casa de São Joaquim da Barra por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**

<b>Critério</b>	<b>Dez05</b>	<b>Ago06</b>	<b>Mar07</b>	<b>Out07</b>
Perfil	12,50	16,28	18,02	18,02
Liderança	2,48	12,63	18,94	15,06
Estratégias e Planos	4,56	17,87	32,77	15,89
Clientes	15,55	28,64	34,37	40,91
Sociedade	5,49	10,69	12,74	9,74
Informações e Conhecimento	13,13	20,93	25,64	28,66
Gestão de pessoas	3,13	15,00	25,86	18,66
Gestão de processos	15,98	20,07	32,80	25,37
Resultados	21,67	82,86	123,39	24,29
<b>TOTAL</b>	<b>94,48</b>	<b>224,97</b>	<b>324,53</b>	<b>196,60</b>

Esta foi a única circunstância na qual ocorreu um decréscimo importante na pontuação obtida na última visita. É de se salientar até esse momento sua

pontuação vinha crescendo de forma homogênea e similar aos demais hospitais. O gráfico 17 mostra essa evolução.

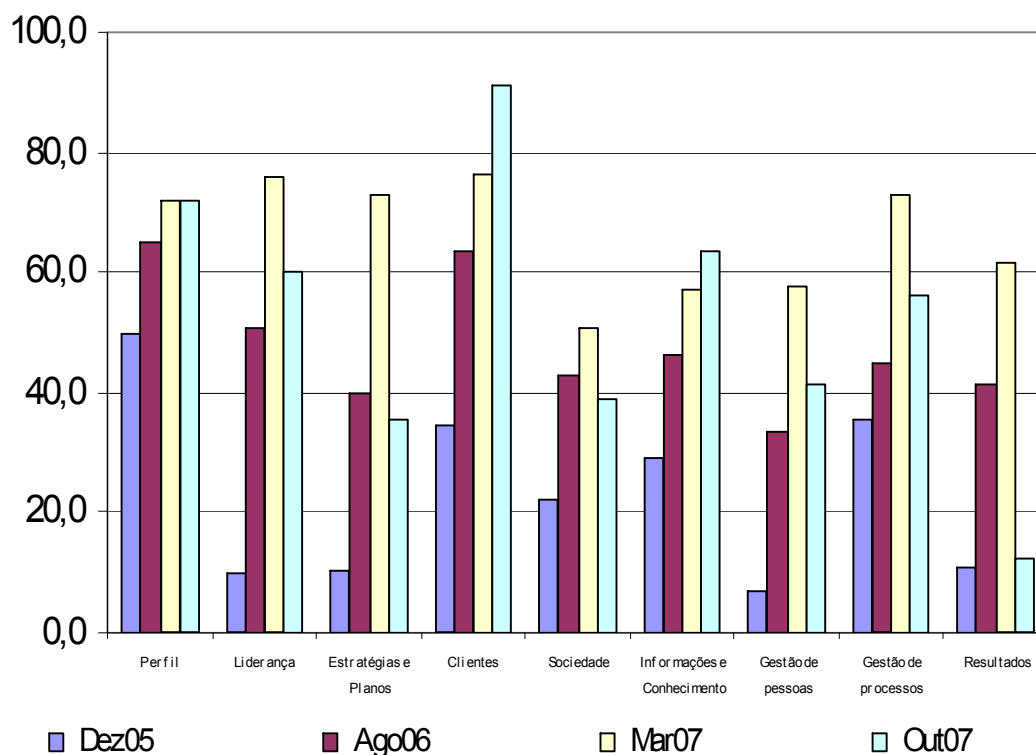
**Gráfico 17 – Pontuação da Santa Casa de São Joaquim da Barra por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



Com exceção dos critérios clientes e informações e conhecimento, todos os demais critérios tiveram pontuação diminuída, particularmente estratégias e planos gestão de pessoas e gestão de processos, o que provavelmente refletiu e conferiu uma queda muito acentuada no critério resultados..

No gráfico 18 observa-se a evolução do grau de atingimento nas circunstâncias vividas pela da Santa Casa de São Joaquim da Barra.

**Gráfico 18 – Grau de Atingimento (%) da Santa Casa de São Joaquim da Barra por Critério de avaliação do CQH, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005**



De forma diferente das demais, o único critério no qual houve um grau de atingimento maior que 80% foi no de clientes. Nos demais, além da já propalada queda de desempenho, os valores finais foram bastante comprometidos, tendo alguns deles retroagido a graus inferiores a 40%. O reflexo disso pode ser observado no critério resultados, que materializa o processo de diminuição de pontuação, não tendo atingido, na última visita, sequer a marca de 20%. Pode-se resumir que a Santa Casa de São Joaquim da Barra destoou da evolução obtida pelas demais, particularmente na fase final do Programa de Revitalização.

Numa síntese geral da análise dos hospitais, apesar das circunstâncias bastante diversas em que se encontrava cada um deles no início do Programa de Revitalização, houve um crescimento razoavelmente homogêneo e com exceção da Santa Casa de São Joaquim da Barra ao final do processo, essa evolução foi sempre positiva e consistente.

#### **4.4.3 Resultados por Critério de Excelência**

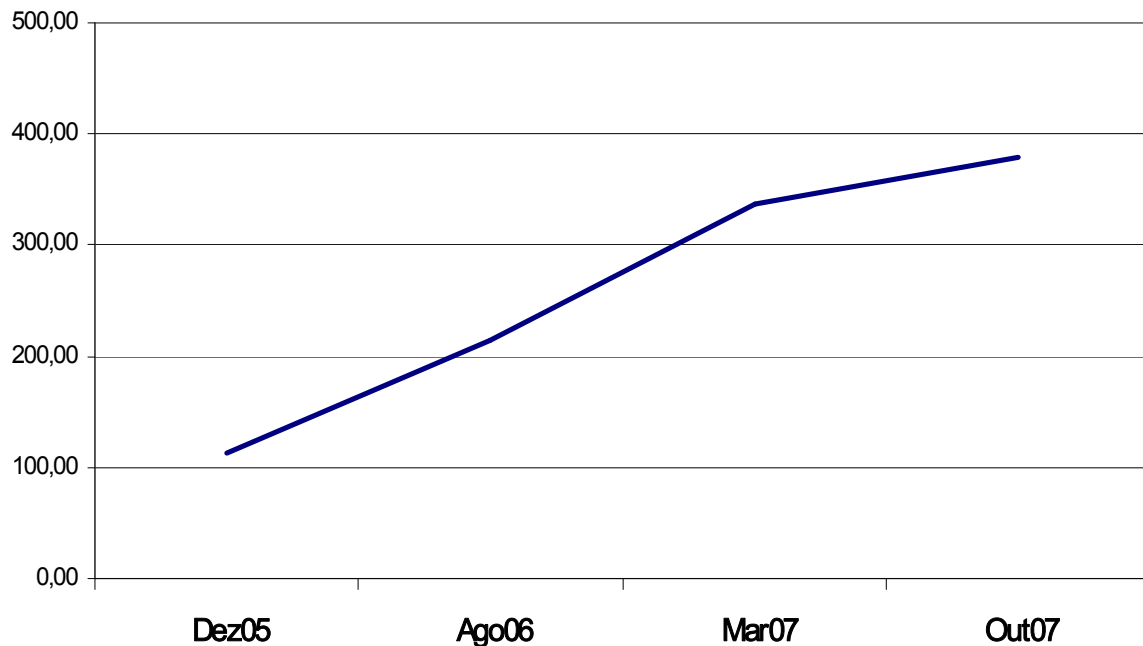
Os critérios que constituem os principais capítulos do Roteiro de Visitas do CQH, como já foi referido na metodologia do trabalho, têm base nos princípios de excelência na gestão preconizados pela Fundação Nacional da Qualidade e se colocam como balizadores para que aqueles que pretendem se esmerar num processo de melhoria contínua de suas atividades principalmente de gestão, mas também de produção, inclusive de serviços, possam seguir uma trilha segura e atingir os objetivos e metas a que se propõem

Neste trabalho, a análise de cada hospital se preocupou em observar qual foi a evolução de cada um e em quais critérios houve maior ou menor evolução. Dadas as características de cada um deles e o impacto do processo de assessoria, pode-se verificar, como já foi dito, uma evolução com razoável grau de homogeneidade.

De outra forma, torna-se importante que se analise o processo de implementação do Programa nesses hospitais focalizando cada um dos 8 critérios de excelência utilizados e avaliados pelo CQH. No item anterior deste trabalho é possível observar o comportamento de cada um deles por hospital participante. Neste ponto, a análise será feita por critério utilizando-se a média de pontos para cada critério, considerando a totalidade dos hospitais e nessa mesma base o grau de atingimento médio que foi obtido.

O gráfico 19 apresenta a evolução da pontuação média total ao longo do Programa nas quatro visitas realizadas pelo CQH.

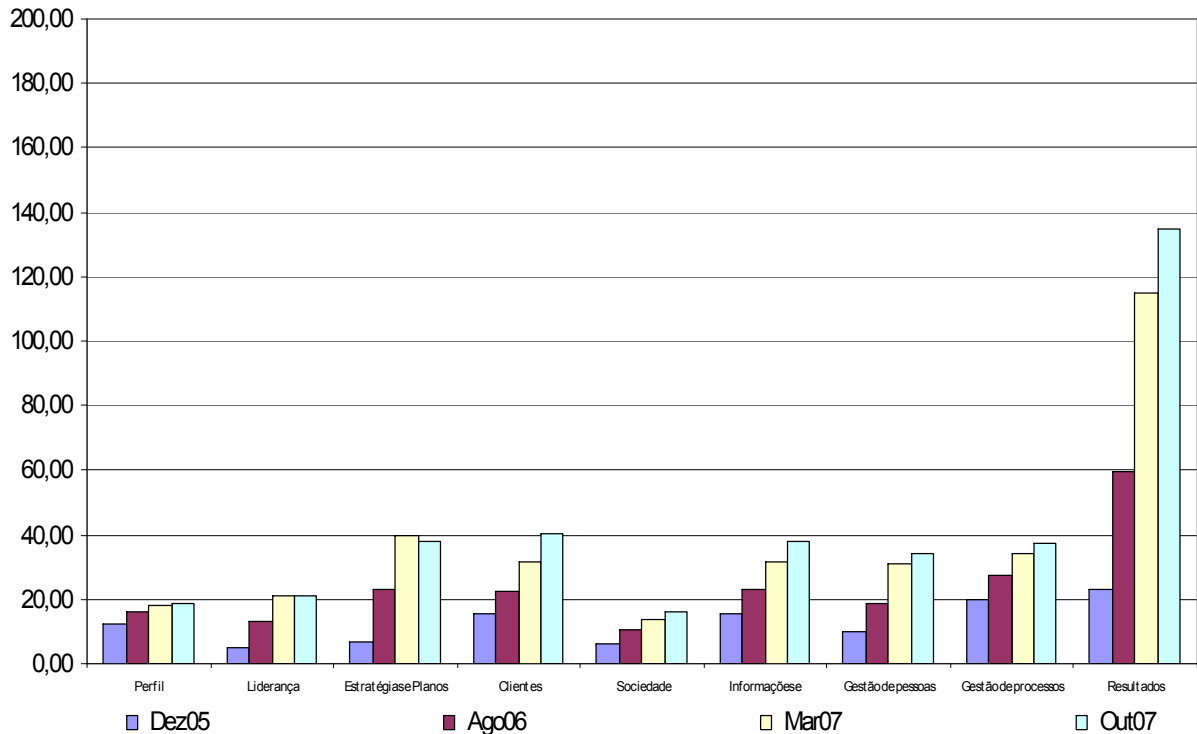
**Gráfico 19 – Evolução da pontuação média para o total das visitas do CQH considerando todos os hospitais, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**



A evolução da pontuação média é bastante evidente, havendo uma pequena inflexão na direção da curva da terceira para a quarta visita, provavelmente justificada, como já foi anteriormente assinalado, pela diminuição do número de itens a serem positivados e pelas dificuldades que encontraram em ultrapassar determinados obstáculos nas fases finais do Programa.

Considerando a evolução média da pontuação por critério, o gráfico 20 ilustra essa evolução.

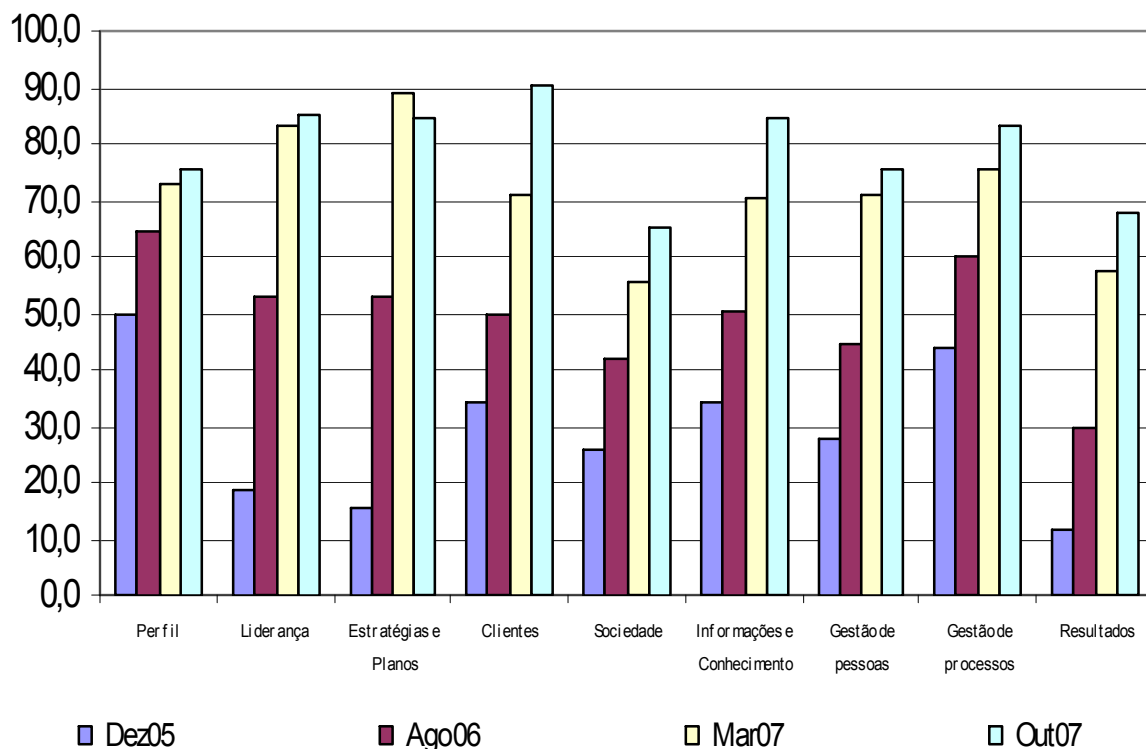
**Gráfico 20 – Evolução da pontuação média por critério para todos os hospitais, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**



Em todos os critérios de excelência trabalhados, a evolução da pontuação média considerando todos os hospitais foi sempre ascendente a cada visita, com exceção do valor médio da pontuação do critério estratégias e planos na última visita, quando ocorre uma pequena diminuição do valor. Essa evolução, no entanto, é melhor observada quando se toma o grau de atingimento médio por critério, que pode ser visualizada no gráfico seguinte.



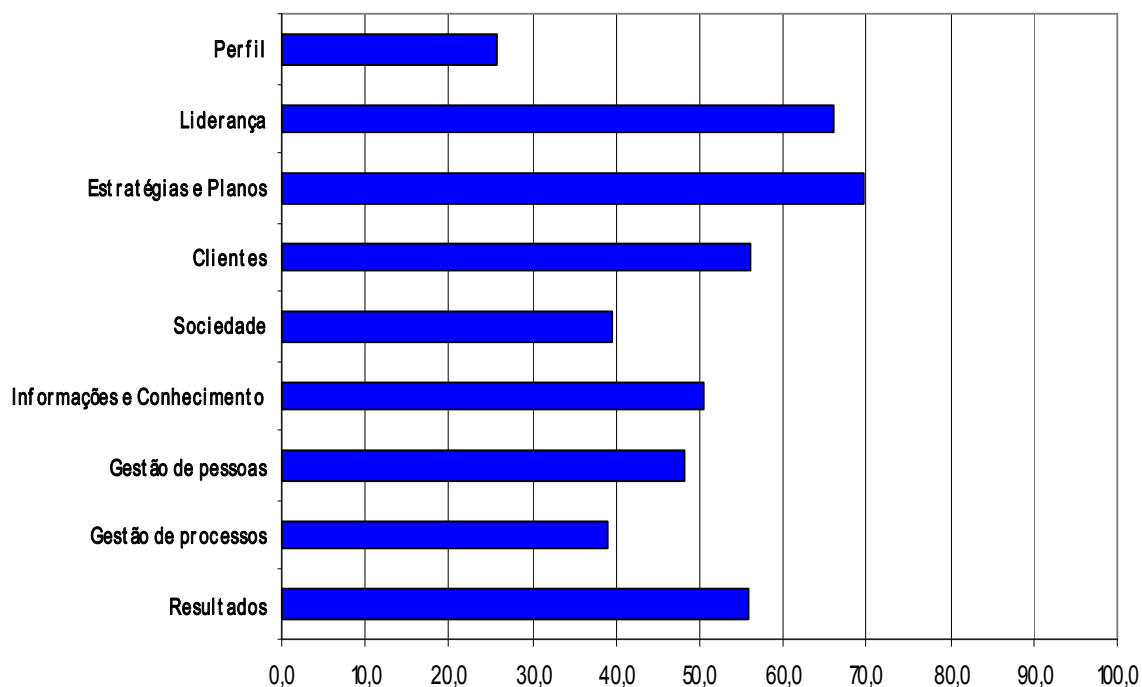
**Gráfico 21 – Evolução do grau de atingimento médio por critério para todos os hospitais, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**



Nesta ilustração fica mais clara a evolução ocorrida pela média dos critérios de excelência no conjunto dos hospitais. Observa-se que os critérios liderança, estratégias e planos, clientes, informações e conhecimento e gestão de processos atingiram, em média, mais que 80% da meta, o que reflete com distinção a evolução sofrida pelos hospitais na implementação do Programa. Não é demais acrescentar novamente que esses resultados se apresentam com uma evidente marca de homogeneidade, e que disto resulta uma alta possibilidade de consistência na evolução do processo de assessoria.

Como os graus de atingimento médio iniciais variaram entre os critérios, o gráfico 22 mostra quais foram as diferenças de variação entre a primeira e a última avaliação do CQH por critério.

**Gráfico 22 – Variação da evolução do grau de atingimento médio por critério para todos os hospitais, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**

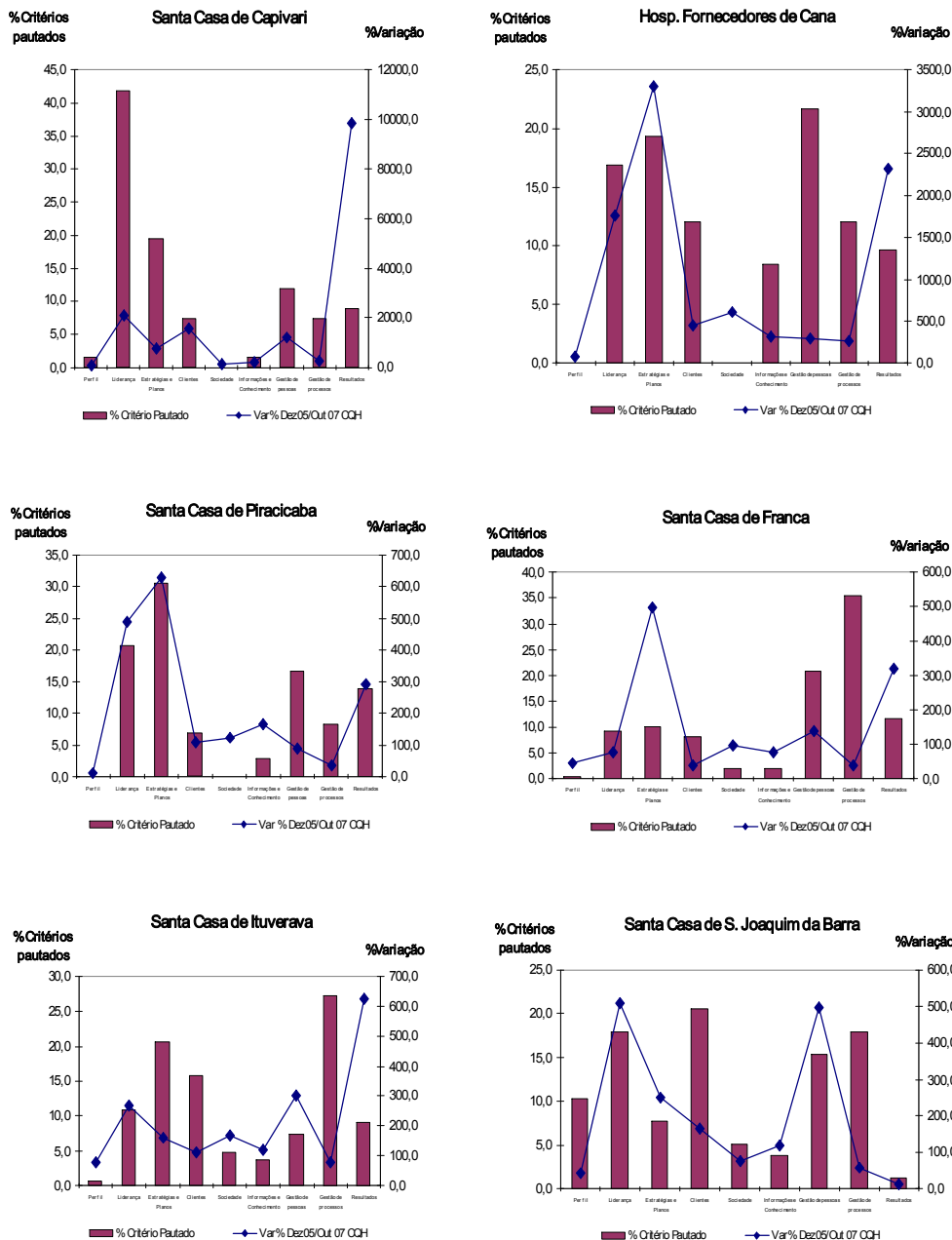


Sob este tipo de análise, o critério estratégias e planos foi o que obteve a maior variação percentual, seguido de liderança e clientes. Observa-se que a atuação da assessoria aos hospitais obteve melhores resultados na estruturação dos hospitais, na sua planificação e nas relações estabelecidas com a clientela de um modo geral. O perfil dos hospitais, que demanda investimentos financeiros mais diretos ainda é um grande obstáculo e ao mesmo tempo desafio para o aprimoramento da assessoria voltada à excelência.

#### 4.4.4 Análise da relação entre a assessoria e as avaliações do CQH

O Programa de Revitalização se relacionou diretamente com os hospitais participantes através da consultoria feita pelo CEALAG e, principalmente com o Comitê de Revitalização instituído em cada hospital. Esse Comitê, como já foi assinalado era o responsável pela disseminação, implementação e incorporação dos preceitos, ferramentas, procedimentos atinentes à melhoria do seu desempenho, sempre voltada aos critérios de excelência na gestão. É evidente, desta forma, que a possibilidade de avanço do processo de implementação do Programa está fundamentalmente ligada à boa relação entre a consultoria e o Comitê, assim como também da capacidade do Comitê envolver o corpo de colaboradores do hospital. Portanto buscou-se estudar como isso ocorreu através da análise das atas das reuniões do Comitê, com a participação da consultoria, ocorridas ao longo do Programa. Como já foi dito, os assuntos tratados nas reuniões e relatados nas atas foram classificados de acordo com os 8 critérios de excelência e relacionados com a evolução de cada um desses critérios. Neste caso considerou-se mais apropriado comparar a percentagem com que os assuntos classificados por critério foram tratados em relação com o total de assuntos e a variação percentual do volume de pontos concedidos pelo CQH no início e no fim do programa. O gráfico 23 trata justamente da relação total dessas variáveis em cada hospital.

**Gráfico 23\*** Proporção de assuntos pautados de acordo com os critérios de excelência e variação proporcional da pontuação concedida pelo CQH, por hospital, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007

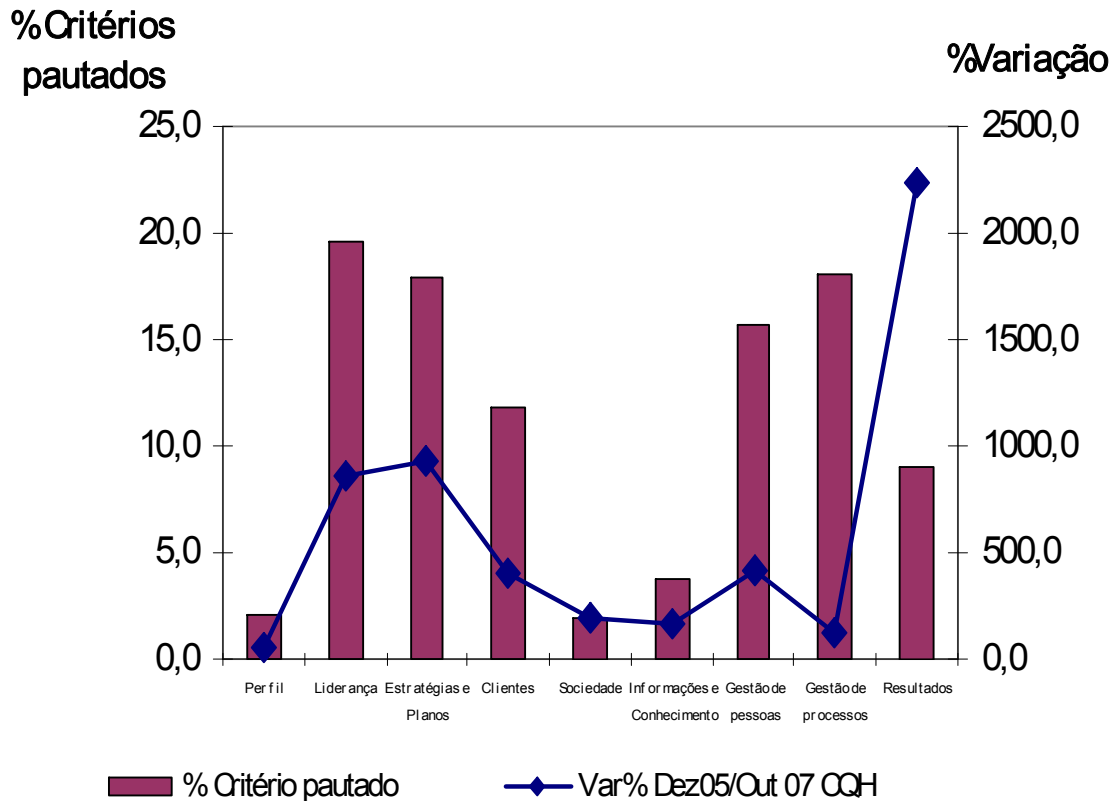


\* A variável representada no eixo das abscissas se refere aos critérios de excelência, cuja classificação, da esquerda para direita, é: perfil, liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informações e conhecimento, gestão de pessoas, gestão de processo e resultados. Como a análise dos gráficos é melhor feita posicionando-os numa mesma página e sua visualização ficou prejudicada, cabe este esclarecimento.

Inicialmente pode-se observar que a proporção de assuntos pautados de acordo com a classificação por critérios variou consideravelmente ao se comparar os hospitais mas, no entanto, os critérios que ocupam o centro dos gráficos, sociedade e informação e conhecimento foram os que tiveram as menores proporções, acompanhados do perfil. A linha azul, que acompanha a variação percentual da evolução da pontuação dos critérios indica, de certa forma, a percentagem com que os assuntos foram tratados. Há algumas situações em que esse padrão é desconfigurado, como na Santa Casa de Ituverava, onde parece ocorrer uma certa inversão, pois para aqueles critérios nos quais houve maior concentração de assuntos pautados, houve uma menor variação da pontuação. Observa-se também que, nos critérios que ocupam a porção esquerda dos gráficos, que são liderança, estratégias e planos e clientes, existe uma relação mais explícita de variação direta entre o volume de vezes que o assunto é pautado e o aumento da pontuação desses critérios. Nos critérios da porção direita dos gráficos, informações e conhecimento, gestão de pessoas, e gestão de processos esse padrão não é observado e essa relação não acontece. A exceção ocorre em São Joaquim da Barra, onde a variação da pontuação acompanha a proporção de assuntos pautados de forma mais direta.

O gráfico 24 apresenta a mesma relação entre a proporção de assuntos pautados classificados por critério e a variação da pontuação dada pelo CQH para o conjunto dos hospitais.

**Gráfico 24 – Proporção de assuntos pautados de acordo com os critérios de excelência e variação proporcional da pontuação concedida pelo CQH, Para o conjunto de hospitais, Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos, 2005-2007**



Ratifica-se a impressão havida quando da observação de cada hospital separadamente que perfil, sociedade e informações e conhecimento foram os critérios que mereceram menor discussão por parte da consultoria do Programa e que, de certa forma, sofreram com isso, consequências negativas na evolução seus níveis de pontuação. Liderança, informações e conhecimento e clientes tiveram níveis altos de frequência de discussão e, conseqüentemente, alcançaram níveis de pontuação mais altos. De outro lado, gestão de pessoas e

gestão de processos também tiveram proporções altas de protagonismo nas pautas de discussão dos Comitês, sem que isso redundasse em melhores pontuações.

#### 4.4.5 Análise da representação nos Comitês de Revitalização

Uma das premissas para a boa interlocução entre a consultoria oferecida pela CPFL aos hospitais por meio do CEALAG era a de que seria importante que houvesse uma adequada representatividade dos diferentes segmentos do hospital no Comitê de Revitalização. Essa representação deveria ser, no mínimo, de pessoas que fossem vinculadas à direção da instituição, ao apoio técnico e administrativo, ao corpo de enfermagem e ao corpo clínico. Por meio das atas das reuniões dos Comitês se apurou a representação numérica dessas áreas no total de reuniões ocorridas, por meio da média aritmética, assim como também da média de participações por reunião. A tabela a seguir resume esses dados para análise.

**Tabela 14 – Média de participações por segmento do hospital, Programa de Revitalização Hospitais Filantrópicos, 2005 - 2007**

HOSPITAL	Diretoria	Apoio admin. e técnico	Corpo de Enfermagem	Corpo Clínico	Total
S C de Capivari	0,7	7,1	2,2	0,2	10,1
Hosp Fornecedores. de Cana	0,6	7,1	2,6	0,3	10,6
S C de Piracicaba	0,3	10,6	7,6	0,7	19,2
S C de Franca	2,2	8,0	0,2	2,2	12,6
S C de Ituverava	0,3	2,3	5,4	1,7	9,7
S C de S. Joaquim da Barra	0,0	9,6	1,6	0,0	11,1
<b>Total</b>	<b>0,6</b>	<b>7,4</b>	<b>3,3</b>	<b>0,8</b>	<b>12,1</b>

A tabela mostra que o segmento do hospital que prevaleceu como o mais representativo no comitê foi a área de apoio técnico e administrativo. Isto talvez

se deva ao maior número proporcional de colaboradores dessas áreas do que das demais. Em seguida aparece o Corpo de Enfermagem. Tanto o Corpo Clínico quanto a Diretoria tem pequena representação, esta última, na maioria das vezes, pelo número pequeno de pessoas lotadas nas direções dos hospitais. Já com relação ao Corpo Clínico pode-se creditar à provável falta de interesse em participar desse tipo de trabalho. Em São Joaquim destaca-se a média participação nula da diretoria do hospital, o que poderia explicar, em parte, a queda da evolução da pontuação ao final do Programa. A participação média, no geral, foi de cerca de 12 pessoas, o que não é um número pequeno mas, que poderia ser melhor distribuído entre os segmentos do hospital representados no Comitê de Revitalização.



#### 4.5 Análise global dos hospitais

Muito festejada por um lado, bastante criticada e combatida por outro, a instituição do direito social a saúde no Brasil e a conseqüente criação do SUS certamente modificou a organização, os processos, as premissas e toda a ordem de fatores que influem mais ou menos diretamente na prestação de serviços de saúde à população.

Ao longo dos seus 20 anos de evolução, muito já se fez e se trabalhou principalmente na estruturação e na organização do sistema público que herdou um enorme e pesado legado de serviços e processos cuja finalidade e o modo de operar muito longe passava do que se pode chamar de boa e competente prestação de serviços de saúde pública no seu senso lato.

Assim há que ser reconhecido grandes avanços obtidos particularmente na esfera organizacional onde as sucessivas normas operacionais tem sido fundamentais, com as dificuldades e erros atinentes ao processo, para a consolidação dos procedimentos relacionais entre os níveis de governo e para apontar caminhos para que se adeque a legislação pertinente às reformas exigidas pela evolução desse processo.

Assim mesmo é mister reconhecer a grande tarefa que ainda há pela frente de proporcionar um sistema de saúde que, com bastante justiça e competência possa dar resposta às demandas de saúde e também contribuir para que a população teve uma melhor qualidade de vida e saúde. Frequentemente se observam em várias oportunidades situações de desserviço literal, desrespeito e injustiça social cometidos pelo próprio sistema público ou pelo sistema suplementar de saúde que por demais obstaculizam e retardam grandes avanços que poderiam já ter sido conquistados. Dentre eles a

qualidade dos serviços que se presta no campo da saúde pode-se dizer que deva ser uma preocupação natural dos que nele trabalham, pois por se tratar da saúde das pessoas, não se pode abjurar a responsabilidade que cabe nestas circunstâncias.

Talvez este seja o momento propício de o SUS, apesar de já há alguns anos haver uma preocupação explícita nesse sentido, de que se desencadeie um forte movimento, aliado às demais iniciativas de sua modernização estrutural, de institucionalização de preceitos e rotinas voltadas à qualidade dos serviços públicos prestados.

Também já faz um bom tempo que todos os setores produtivos vem passando por várias transformações, cujo leque atravessa desde a engenharia produtiva propriamente dita, até que tipo de valor deve ser agregado aos produtos ou serviços de modo que, ou por razões de mercado, ou por motivos que se justificam no campo da responsabilidade pública e social haja impactos reconhecidamente positivos na sociedade.

É nesse contexto que também advém a preocupação com a qualidade dos produtos e serviços prestados, que se levada com seriedade e conseqüência, agrega valores e traz benefícios à respectiva clientela usuária de serviços ou consumidora de produtos.

No campo da saúde, como já foi dito, há muitas peculiaridades que condicionam a entrada de determinadas tendências a readaptações para que possam ter alguma eficácia no setor. Isto não é diferente com o movimento da qualidade total e suas diversas ramificações que tiveram que se adequar e ajustar aos preceitos e atividades para que pudessem ser eficientes e efetivos.

É nesse movimento que se insere a iniciativa da Companhia Paulista de Força e Luz, que, de maneira quase inédita no objetivo, mas sem dúvida primaz na escala pretendida de apoiar, através do compartilhamento de ferramentas de excelência na gestão, as Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos de sua área de concessão.

A parceria CPFL e CEALAG criada para elaborar e implementar o programa de Revitalização desenhou um processo, já descrito, que, não é demais ressaltar, se baseou na oferta de consultoria presencial e uma programação voltada à principalmente à melhoria da gestão, bem como à qualidade dos serviços de saúde prestados pelos hospitais participantes do Programa.

Os resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior propiciam algumas reflexões e discussões sobre o impacto revelado pelas ações do Programa.

Os hospitais filantrópicos que participaram da fase piloto do programa estão localizados em regiões cujos serviços públicos oferecidos pelo SUS são exclusivamente ofertados por eles. No entanto, os hospitais têm características bastante diferentes e requerem que haja adaptações ao desenvolvimento do Programa, porém nada que desfigure seus princípios gerais

Para essas adaptações ocorreram desde mudanças de ritmo de trabalho, reordenamento de conteúdos e priorização de determinadas atividades. Sem isso dificilmente seria possível obter o impacto pretendido.

É inegável que houve um forte impacto do Programa na realidade dos hospitais filantrópicos participantes. O aumento em mais 3,3 vezes da pontuação média dos hospitais entre a primeira e a última avaliação demonstra

que os hospitais se vincularam, se comprometeram e envidaram esforços para cumprir as metas de melhoria estabelecidas por eles mesmos.

Em cada hospital houve circunstâncias específicas que caracterizaram o desenvolvimento do programa. Aqui cabe destacar a evolução obtida pela Santa Casa de Capivari e pelo Hospital dos Fornecedoros de Cana de Piracicaba, pois foram os que obtiveram as piores pontuações na primeira avaliação e os que obtiveram maior evolução, particularmente este último. O Ganho proporcional desses hospitais foi maior que 7 vezes a sua pontuação inicial. O destaque inverso foi a Santa Casa de São Joaquim da Barra que retroagiu em pontuação na última visita do CQH.

A análise realizada através do grau de atingimento se mostrou mais competente em mostrar a evolução dos hospitais, já que por meio dele é possível observar qual o “terreno” que ainda resta para que se possa atingir a pontuação máxima de cada critério. Neste aspecto todos os hospitais, a exceção ainda é São Joaquim da Barra, apresentaram uma evolução consistente e satisfatoriamente homogênea.

Os critérios de excelência permitem uma avaliação mais qualitativa do processo de evolução desses hospitais. Os critérios que apresentaram menor evolução quantitativa e proporcional foram perfil e sociedade. Esses critérios apresentam em comum o fato de que sua evolução requer investimentos diretos de recursos financeiros, particularmente o primeiro, pois o há inúmeras adequações internas e aquisição de equipamentos que, na maioria das vezes os hospitais não puderam arcar.

Por outro lado, os critérios nos quais ocorreram os maiores crescimentos foram liderança, estratégias e planos e clientes. Estes são critérios que

requerem investimentos em capacitação e desenvolvimento dos recursos humanos, muito mais do que dispêndios financeiros diretos. Soma-se a isto o fato de que há uma estreita ligação entre os critérios, principalmente entre liderança e estratégias e planos, pois a não implementação dos itens preconizados no quesito liderança, como missão, visão e valores institucionais, compromete as possíveis atividades que são desenvolvidas no outro critério. Em todos os hospitais participantes ocorreram oficinas de planejamento estratégico, que nortearam as atividades tanto do Programa de Revitalização quanto do próprio hospital.

Cabe, no entanto, refletir sobre esses fatos e eventualmente buscar novos apoios, inclusive financeiros para que o hospital filantrópico possa executar suas proposições de investimentos voltados à melhoria da qualidade.

#### **4.7 A análise do relacionamento da consultoria do Programa com os Comitês de Revitalização**

A atuação da consultoria do Programa foi realizada por intermédio dos Comitês de Revitalização formados em cada hospital. A condução do processo foi dada pela consultoria, porém a pauta de assuntos a serem tratados em cada reunião passava necessariamente por um acordo entre seus componentes. Como a maioria das atividades do programa se caracteriza pelo compartilhamento de conhecimentos através de uma série de métodos pedagógicos, a frequência com que os assuntos foram tratados nas reuniões do Comitê sugere a importância que a eles foi dada e conseqüentemente as possibilidades de sucesso das proposições atinentes àquele critério.

Pelos resultados vistos, foi isso que ocorreu com os critérios liderança, estratégias e planos e clientes. Observou-se que foi alta a frequência com que esses assuntos foram tratados e a melhoria da pontuação das avaliações realizadas pelo CQH.

Por outro lado, os critérios informações e conhecimento, gestão de pessoas e gestão de processos foram também tratados nas reuniões dos Comitês com razoável frequência, porém isso não foi traduzido em melhora da pontuação no geral. Pode-se especular aqui que esses critérios exigiriam mais tempo de implementação e mais esforços dos colaboradores, pois se trata de alterar hábitos, comportamentos e regras institucionais suscitando, portanto, retornos mais demorados.

No entanto há que se constatar que os critérios sociedade e informações e conhecimento foram poucas vezes pautados nas reuniões dos Comitês e ao mesmo tempo apresentaram menores evoluções de pontuação. Ao justificar esse resultado pode-se conjecturar na linha de que ao se tratar dos impactos das atividades da instituição na sociedade, opera-se num campo onde ainda não se alcançou o interesse institucional necessário, assim como a implementação de sistemas diversos de informação no interior dos hospitais e a proteção e aprimoramento de seu capital intelectual refletem a mesma condição de baixa valorização.

Por serem o instrumento estratégico de interlocução entre o programa e o hospital participante, os Comitês mereceram uma análise descritiva sobre sua constituição e o volume de participações. A média de 10 participantes por Comitê pode ser considerada razoável, ainda que se pudesse esperar uma

maior frequência se comparada ao volume de recursos humanos de cada hospital.

No entanto a dificuldade principal se apresenta na representação dos segmentos do hospital nos Comitês. Há uma baixíssima participação do Corpo Clínico dos hospitais e eventualmente de seu corpo de enfermagem. É relativamente simples depreender que as premissas de qualidade e excelência de gestão não atingem determinados setores do ambiente hospitalar, notoriamente a área médica.

Caberia destacar a frequência nula de participações da direção da Santa Casa de São Joaquim da Barra, o que pode ter contribuído queda de desempenho na última avaliação realizada pelo CQH.

## 6. Conclusões

O surgimento de um programa com esta singularidade, deste porte e abrangência depende de uma serie de fatores determinantes que, pode ser visto neste trabalho, requereu especificidades apresentadas neste momento no Estado de São Paulo. O alinhamento de atores sociais como uma grande empresa de energia como a Companhia Paulista de Forca e Luz, a Federação das Santas Casa e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo, a Secretaria Estadual da Saúde e o conjunto de Hospitais Filantrópicos so foi possível apos uma serie de acertos sempre instigados pela enorme necessidade de apoio demandado pelos últimos.

De maneira geral pode-se considerar que os dois anos de desenvolvimento do Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos proporcionaram um importante impacto de melhoria de gestão nos hospitais participantes, de acordo com as avaliações realizadas pelo Compromisso pela Qualidade Hospitalar.

Os hospitais participantes tiveram uma evolução bastante forte no sentido de melhorias nas avaliações sucessivas, com destaque para o Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba.

Os critérios liderança, estratégias e planos e clientes obtiveram as melhores evoluções, em termos proporcionais, provavelmente por terem um alto grau de relação entre elas e por manifestarem resultados mais rapidamente. Os critérios perfil e sociedade foram aqueles que tiveram os desempenhos mais discretos, com grande possibilidade de isso se dever a um



certo descompromisso inerente, ainda presente, e por terem suas repercussões ocorrendo mais em longo prazo.

A pauta de assuntos tratados pelos Comitês e classificados pelos critérios do CQH se concentrou em liderança, estratégias e planos e clientes. O aumento da pontuação desses critérios acompanhou a importância dada pelos Comitês aos assuntos a eles atinentes. Nos critérios gestão de pessoas e gestão de processos, que também tiveram uma elevada frequência de assuntos tratados, não se observou correspondência de elevação na pontuação. É provável que isto se deva a ocorrência de resultados mais tardios nestes critérios.

Quanto à representação dos diversos segmentos do hospital no Comitê de Revitalização, a média de presença geral é de 12 pessoas, número considerado razoável. Há uma boa representação das áreas de apoio e do Corpo de enfermagem. É precária a participação do Corpo Clínico nos Comitês em geral, o que compromete a disseminação do Programa nesse segmento.

Dada a importância da rede de hospitais filantrópicos na prestação de serviços hospitalares ao Sistema Único de Saúde, o empenho e o desempenho mostrados pelos hospitais participantes desta fase do Programa de Revitalização, não há como negar a necessidade e nem protelar a implementação de um novo padrão de relacionamento que considere o conjunto desses hospitais como legítimos parceiros do sistema público.

Por fim, é nesse contexto, no qual os Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas sobrevivem buscando manter seus princípios de origem, que se fundamenta a necessidade de implementar ações em duas linhas básicas: uma forte luta política no sentido de aumentar os recursos vinculados à saúde, que se materializaria na regulamentação da Emenda Constitucional 29 e programas que apoiem a melhoria do desempenho da gestão e da prestação de serviços

de saúde em geral e, dado o foco deste trabalho, das instituições filantrópicas prestadoras de serviços ao SUS, dado o seu relevante papel.

## 7. Bibliografia

Abreu, L. – **O papel das misericórdias dos “Lugares de além-mar” a formação do Império Português**. História, Ciências e Saúde. Vol. III (3) 591-611. Out-Dez.2001.

Bower, HR. **Responsabilidades sociais do homem de negócios**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira., 1957.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006

Campomar, M. C. **Do uso de "Estudo de caso" em Pesquisas para Dissertações e Tese em Administração**. Revista de Administração (USP), São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95 - 97, 1991  
Ministério da saúde  
DATASUS – [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

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

Hofling, E.M. Estado e Políticas Sociais. Cadernos do CEDES, ano XXI, no.55, novembro 2001, pp: 30-41.

Hospitais filantrópicos no Brasil / Margareth Crisóstomo Portela (et al.); Pedro Ribeiro Barbosa (coordenador). – Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

Ibañez, N. et alli – **Organizações Sociais de Saúde: O Modelo do Estado. de S. Paulo**. In: A Política de Saúde no Brasil nos Anos 90. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 6 nº 2, 391-404, 2001 ABRASCO.

Ibañez, N., Castro, PC. **Proteção social e instituições filantrópicas. Panorama atual de Estado de São Paulo**. In. Proteção social: dilemas e desafios / Ana Luiza D’Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias e Nelson Ibañez, organizadores. – São Paulo: Hucitec, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em [HTTP://www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) 2009

Kaufman, RR. **A política de reforma do estado: um exame de abordagens teóricas**. Revista do Serviço Público. Ano 49. Nº 1. Jan/Mar 1998. Pg 43-69. Brasília

Lara, JE., Pinto, MRA. **Cidadania Corporativa e uma Orientação de Marketing. Um Estudo no Varejo**. RAE. Vol.44 – Edição Especial Minas Gerais – Set-Dez 2004

Leonel, M. **A Sociedade Policêntrica. A Reforma do Estado em Questão**. Jornal de Resenhas – Folha de São Paulo. 10/07/1999. São Paulo.

Lima, SML. et al. **Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil**. Roteiros de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5): 1249-1261, set-out, 2004.

Mintzberg, HA. **Adhocracia. In Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 258-277. Atlas, São Paulo. 1995.

Moreno Júnior, JMO, Zucchi, P. **Avaliação da Qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 39(!): 7 - 16. Janeiro-Fevereiro, 2005

Pereira, C – **Em Busca de um Novo Perfil Institucional do Estado: Uma Revisão Crítica da Literatura Recente**. Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais. ANPOCS. Nº 44. 2º semestre 1997. Pg 81-102. Rio de Janeiro.

Portela et al. **Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil**. In: Revista de Administração Pública – RAP 34 (2): 79-98 mar.abr. 2000, Rio.

Rico, EM. **A Responsabilidade social, Empresarial e o Estado**. São Paulo em Perspectiva, 18(4):73 – 82, 2004.

Santos, Lenir e Andrade, Luiz O. M. de. **Rede interfederativa de saúde in Redes de Atenção à saúde no SUS: pacto pela saúde e redes de regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Organizador: Silvio Fernandes da Silva.- campinas, SP; IDISA: CONASEMS, 2008.

Silva, Silvio F. Da e Magalhães Jr, Helvécio M. **Redes de Atenção à Saúde: conceito, modelos e diretrizes** in Redes de Atenção à saúde no SUS: pacto

pela saúde e redes de regionalizadas de ações e serviços de saúde.  
Organizador: Silvio Fernandes da Silva.- campinas, SP; IDISA: CONASEMS,  
2008.

Vaitsman, J. e Andrade, GRB. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 10(3): 599 – 613, 2005.

Vieira, CAL. **A Descentralização no setor de saúde no Estado de São Paulo: Aspectos de seu impacto na organização em funcionamento do ERSA - Escritório Regional de Saúde - 12 Itapeceirica da Serra/São Paulo.** Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, Fev. 1992

WORLD BANK. World Development Report. 1988

Yin, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** / Robert K. Yin; 3ª. Ed. –Porto Alegre: Bookman, 2005, 212 p.

### **Bibliografia de apoio**

Dever, GEA. **A Epidemiologia na administração de saúde.**: Editora Pioneira, São Paulo 1988.

FILANTROPIA – [www.filantropia.org](http://www.filantropia.org)

Leme, MC., BIDERMAN, C. **O mapa das desigualdades no Estado de S.Paulo.** In: Roteiros de Pesquisa – CP. Fundação Carlos Chagas, nov. 1997: 181-197, São Paulo.

Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Roteiros de Saúde Suplementar, Brasília, 2000/2001.

Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília, 2001.

Putnam, RO. **Comunidade e a Democracia: A Experiência de Itália Moderna.** Editora Fundação Getúlio Vargas. 1996. 260 pgs. Rio de Janeiro.

Rede Interagencial de Informações ara a Saúde -RIPSA - **Indicadores básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002..

Uribe Rivera, Francisco J. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003

## 7. Anexos

## 8.1. Carta de Adesão





## PROGRAMA DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

### CARTA DE ADESÃO

O/A \_\_\_\_\_ devidamente representado/a por seu \_\_\_\_\_ manifesta a concordância em participar do Programa de Revitalização Hospitais Filantrópicos da Área de Abrangência da CPFL, assumindo os compromissos de:

- a) garantir a participação de seus trabalhadores nas atividades do Programa;
- b) disponibilizar sua estrutura e todas as informações necessárias ao desenvolvimento do Programa;
- c) reconhecer e implementar os princípios, diretrizes e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS)
- d) disponibilizar as experiências exitosas e conhecimentos acumulados na área de Gestão e Atenção Hospitalares aos demais hospitais da rede
- e) desenvolver, com apoio do Programa, um Plano Estratégico para o hospital.



- f) prestar contas à comunidade e à coordenação da utilização dos recursos advindos do Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos
- g) participar dos eventos e demais atividades promovidas pelo Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos.

O hospital ora aderente reconhece que poderá ser excluído do Programa, caso descumpra os compromissos por ela assumidos.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8.2. Roteiro de Visita do CQH



**PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR**

**ROTEIRO PROJETO DE  
REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS  
FILANTRÓPICOS**

**Novembro/2005**



## **ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS**

### **Orientações para a visita de avaliação das unidades participantes do Projeto de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos**

#### **I. Introdução**

Os responsáveis pela direção do Hospital deverão comunicar a data da visita aos funcionários dos diversos setores e instruí-los a colaborar com a equipe de avaliadores. Deverá ser designada uma equipe composta, pelo menos, de um representante do corpo clínico, do serviço de enfermagem e da administração, para acompanhar a equipe de avaliadores em toda a visita. O roteiro deverá ser preenchido previamente pelo hospital e encaminhado à Agência Coordenadora do projeto, uma semana antes da visita, junto da documentação relacionada no item II deste documento.

A visita se inicia com o exame de toda a documentação do hospital relacionada no item IV deste documento. Para tanto, deverá ser preparado um espaço adequado, com mesa espaçosa, sobre a qual deverão estar dispostos todos os documentos solicitados.

Após a revisão dos documentos se realiza uma reunião com a alta direção do hospital com as suas gerências e em seguida a equipe de avaliadores terá uma hora para um almoço rápido em lugar reservado. Nesta oportunidade a equipe decidirá sobre o roteiro que será seguido à tarde para a visita às instalações do hospital. Durante esta visita, em qualquer momento, a equipe de avaliadores poderá solicitar tempo para reunir-se reservadamente e avaliar a evolução dos trabalhos. O roteiro de visita definido pela equipe deverá ser seguido.

Os serviços terceirizados localizados dentro ou anexo à área hospitalar, serão considerados como pertencentes ao hospital, necessitando, neste caso, do contrato de prestação de serviços e comprovantes das respectivas exigências contidas neste instrumento.

No roteiro existem três opções de resposta: sim, não e não se aplica. Assinalar com um X a opção selecionada no espaço correspondente. No caso do hospital não oferecer o serviço, a condição será não se aplica. As informações coletadas deverão se referir à situação existente na data do preenchimento. A informação não comprovada pela equipe visitadora será considerada inexistente. Em sub-itens relacionados a uma mesma pergunta somente considerar sim, se todos eles forem respondidos afirmativamente exceto quando especificado de outra maneira.

O hospital deve ter interesse em mostrar todos os itens do roteiro, uma vez que aqueles que não forem vistos, serão considerados inexistentes. Nos critérios de I a VII, os itens do roteiro estão sub-divididos em três grupos: enfoque, aplicação e aprendizado. Os itens de enfoque são mais conceituais e introduzem os temas que serão verificados em detalhes pontuais no grupo de itens de aplicação. Nos itens de aprendizado se procura identificar como o hospital controla suas práticas de gestão e se os padrões de trabalho estabelecidos estão sendo alcançados.

#### **II. Documentação pré-visita**

1. Número de leitos
2. Número de funcionários (incluindo os terceirizados)
3. Serviços existentes (explicitar a vinculação: próprio ou terceirizado)
4. Organograma com os nomes



## ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

5. Identificação das partes interessadas. Exemplos:
  - a. Pacientes e familiares
  - b. Força de trabalho / Funcionários
  - c. Fornecedores
  - d. Sociedade
  - e. Secretaria Estadual da Saúde
  - f. Secretaria Municipal da Saúde
  - g. Ministério da Saúde
6. Identificação dos clientes:
  - a. Pacientes
  - b. Familiares
  - c. SUS
  - d. Outros convênios
7. Inserção no mercado
  - a. Número de unidades hospitalares na região e suas respectivas especialidades
  - b. Número de unidades referenciadas para a Santa Casa

### III. Programa da Visita

8:00 – 9:00 h	Avaliação da documentação solicitada no item IV.
9:00 – 12:00 h	Reunião com a alta direção e gerentes
12:00 – 13:00 h	Almoço e definição do roteiro da tarde
A partir das 13:00 h	Visita às instalações conforme roteiro definido

### IV. Documentação para apresentar no início da visita

1. Atas de reunião da alta direção e comissões
2. Planejamento estratégico
  - Indicadores utilizados para análise e desempenho do hospital
  - PDR (plano diretor regional)
3. Avaliação do usuário
4. PGRS (plano de gerenciamento de resíduos sólidos)
5. Referenciais comparativos e informações comparativas utilizadas
6. Gestão de Pessoas
  - 6.1. Registros de treinamentos
  - 6.2. PPRA – Programa de Prevenção Risco Ambiental
  - 6.3. PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
  - 6.4. Escala de enfermagem e manutenção
  - 6.5. Cadastro do Corpo Clínico
7. Gestão de Processos



## ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

- 7.1. Manuais e procedimentos das áreas fins e de apoio
- 7.2. Comprovantes da manutenção preventiva de equipamentos
8. Resultados (tabelas e gráficos, preferencialmente com no mínimo dados de três períodos e dados dos referenciais comparativos quando existentes).

### V. Considerações Gerais

#### Primeira Visita:

Tem o objetivo de apresentar o diagnóstico da situação da unidade em relação aos critérios de avaliação definidos pela Agência Coordenadora para este projeto.

#### Segunda visita:

Tem o objetivo de avaliar os avanços conquistados pela unidade, sendo estes reconhecidos por meio de premiações: bronze, prata e ouro.

Prêmio Bronze: mínimo de 150 pontos, sem zerar nenhum critério;

Prêmio Prata: mínimo de 250 pontos, sem zerar nenhum item;

Prêmio Ouro: mínimo de 350 pontos, sem zerar nenhum item.

O cálculo para pontuação final de cada item deverá considerar seus valores ponderados.

**Exemplo:** O Item 1.1. (Sistema de Liderança) tem 16 itens possíveis e sua ponderação é 7; se o hospital tiver 13 itens positivos e 3 negativos, sua pontuação, neste critério, será 5,69.

$$x = \frac{13 \times 7}{16} = 5,69$$

A tabela da pontuação com os valores ponderados dos itens encontra-se no final deste roteiro.



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRITÉRIO P	PERFIL
------------	--------

Aqui se busca avaliar as condições das estruturas física e organizacional do hospital; se elas estão em condições de oferecer segurança para as pessoas que trabalham, usam ou visitam o hospital; se elas oferecem condições para a prática de um modelo assistencial e de gestão condizentes com a qualidade no atendimento aos pacientes.

01	Há condições para os profissionais realizarem a higiene das mãos (pias com sabão e toalhas de papel ou álcool gel) em todos os ambientes de atendimento a pacientes e de manipulação de artigos, insumos médico-hospitalares e resíduos no hospital?	(S)	(N)	(NA)
02	Há acesso/saída controlados, com níveis progressivos de restrições, para: 1) Serviço de emergência 2) Unidade de internação 3) Funcionários 4) Pacientes ambulatoriais 5) Cadáveres 6) Materiais e resíduos 7) Visitantes/fornecedores?	(S)	(N)	(NA)
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
03	Há sinalização de fácil compreensão para circulação interna?	(S)	(N)	(NA)
04	Há facilidade de utilização de macas e cadeiras de rodas em todas as áreas de circulação do paciente?	(S)	(N)	(NA)
05	É respeitado o livre acesso em todos os lados do leito?	(S)	(N)	(NA)
06	Todos os pacientes dispõem, à cabeceira do leito, de campainha para chamada do pessoal de enfermagem?	(S)	(N)	(NA)
07	Os quartos têm no máximo 4 leitos?	(S)	(N)	(NA)
08	Há carrinho de emergência com medicamentos, material, monitor e desfibrilador para ressuscitação cardio-respiratória em todos os andares com pacientes internados e em local de fácil acesso?	(S)	(N)	(NA)
09	Os banheiros dispõem de barras de apoio para os pacientes?	(S)	(N)	(NA)
10	Os banheiros dispõem de campainhas para que os pacientes possam solicitar a presença de pessoal de enfermagem?	(S)	(N)	(NA)
11	As portas dos banheiros se abrem para o interior do quarto ou são escamoteáveis?	(S)	(N)	(NA)
12	Há condições de isolamento para os pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, quando necessário?	(S)	(N)	(NA)
13	A área de processamento do centro de materiais e esterilização é restrita e dispõe dos três setores? 1) Recepção e lavagem 2) Preparo e acondicionamento de materiais 3) Esterilização e estocagem	(S)	(N)	(NA)
		( )		
		( )		
		( )		
14	Existem barreiras físicas entre as áreas do centro de materiais e esterilização, objetivando impedir o cruzamento dos artigos limpos com contaminados?	(S)	(N)	(NA)
15	O centro cirúrgico é uma área de circulação restrita, separada de outros ambientes por porta que se mantém fechada e com sinalização de entrada proibida?	(S)	(N)	(NA)





Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRITÉRIO P	PERFIL
------------	--------

16	Há lavabos exclusivos para o preparo da equipe cirúrgica, equipados com dispensador de anti-sépticos e torneiras acionáveis sem utilização das mãos?	(S)	(N)	(NA)
17	Há um carrinho de anestesia completo para cada sala de cirurgia?	(S)	(N)	(NA)
18	Há oxigênio e sistema de aspiração em todas as salas de cirurgia e de recuperação?	(S)	(N)	(NA)
19	Todas as salas cirúrgicas são equipadas com monitor cardio-respiratório e de oxigenação?	(S)	(N)	(NA)
20	Os partos são realizados em sala própria, com acesso a:	(S)	(N)	(NA)
	1) Doppler	( )		
	2) Carrinho de emergência completo com monitor e desfibrilador cardíaco	( )		
	3) Instrumentos para parto normal e fórceps	( )		
	4) Mesa de partos	( )		
	5) Foco central e auxiliar	( )		
	6) Aspirador	( )		
	7) Oxigênio?	( )		
21	Há condições no local do parto para a recepção do neonato, com:	(S)	(N)	(NA)
	1) Berço aquecido	( )		
	2) Balança	( )		
	3) Laringoscópio infantil com lâminas e pilhas	( )		
	4) Cânulas para entubação orotraqueal de diversos tamanhos	( )		
	5) Ambu neonatal	( )		
	6) Sondas de aspiração	( )		
	7) Medicamentos de urgência	( )		
	8) Material para ligadura do cordão umbilical	( )		
	9) Material para identificação do recém nascido	( )		
	10) Fontes de oxigênio, ar comprimido e equipamento de aspiração separados para a mãe e recém nascido	( )		
	11) Pias com dispensador para sabão líquido e papel toalha?	( )		
22	Há carrinho de emergência próprio, com monitor e desfibrilador, para internação pediátrica?	(S)	(N)	(NA)
23	O hospital conta com um ambiente provido de decoração, hospital de espaços para brincar, atividades educativas ou recreativas na pediatria?	(S)	(N)	(NA)
24	As unidades de internação pediátrica apresentam condições de segurança:	(S)	(N)	(NA)
	1) Camas de crianças pequenas com proteção	( )		
	2) Janelas com proteção que evitem a passagem de criança	( )		
	3) Acesso controlado à unidade?	( )		
25	A área física da neonatologia patológica é dividida em setores claramente diferenciados segundo gravidade e patologia?	(S)	(N)	(NA)
26	A área de neonatologia patológica conta com os seguintes equipamentos (no mínimo 5 sub-itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Incubadoras com misturador de gases, aquecimento e umidificador	( )		
	2) Respirador neonatal (mínimo de 2 para cada 5 leitos)	( )		
	3) Tendões de oxigênio e capacetes	( )		
	4) Equipamento para fototerapia	( )		
	5) Equipamento para exsanguineotransfusão	( )		
	6) Material para drenagem de pneumotórax	( )		



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRITÉRIO P	PERFIL
------------	--------

	7) Material para cateterização umbilical ( )
	8) Oxímetro de pulso (pelo menos 2 para cada 5 leitos) ( )
	9) Monitor cardíaco mínimo (2 para cada 5 leitos) ( )
	10) Bomba de aspiração negativa ( )
	11) Bomba de infusão para terapia endovenosa ( )
	12) Perfusores (bombas de seringa)? ( )
27	Há capacidade para análise microvolumétrica de sangue para hematologia e bioquímica na neonatologia patológica? (S) (N) (NA)
28	Há sistema de filtragem e tratamento de água por osmose reversa no setor de diálise? (S) (N) (NA)
29	Conta com área física adequada, com sala e equipamentos separados para pacientes contaminados, no setor de diálise? (S) (N) (NA)
30	O serviço de diálise é dotado de equipamentos que ofereçam maior segurança aos pacientes, através de condutivímetro, detector de bolhas, controle de pressão venosa e sistemas automatizados de bloqueio do equipamento? (S) (N) (NA)
31	A UTI conta com os seguintes recursos técnicos: (S) (N) (NA)
	1) Marcapasso externo transitório ( )
	2) Material para intubação orotraqueal ( )
	3) Eletrocardiógrafo ( )
	4) Respirador mecânico a pressão (1 para 3 leitos) ( )
	5) Respirador mecânico volumétrico (pelo menos 1) ( )
	6) Oxímetro de pulso (1 para cada leito) ( )
	7) Aspirador para drenagens (1 para 4 leitos) ( )
	8) Negatoscópio ( )
	9) Bomba de infusão ( )
	10) Desfibrilador ( )
	11) Monitor cardíaco (1 por leito) ( )
	12) Pontos de O <sub>2</sub> , ar comprimido e vácuo (1 de cada por leito)? ( )
32	A distribuição dos leitos nas UTIs permite visualização constante, desde o posto de enfermagem? (S) (N) (NA)
33	Há pelo menos um equipamento radiológico portátil, com facilidade de mobilização para exames nas unidades de internação, UTI e centro cirúrgico? (S) (N) (NA)
34	Nos estudos invasivos sob controle radioscópico ou ecográfico, como endoscopias, punções aspirativas, punções-biópsia, arteriografias etc.: (S) (N) (NA)
	1) Há pessoal de enfermagem de apoio ( )
	2) Há condições para os profissionais realizarem a higiene das mãos e é fornecida para a equipe paramentação de acordo com o risco do procedimento ( )
	3) Há materiais, equipamentos e medicamentos de emergência? ( )
35	A UTI tem acesso 24 horas ao monitoramento de gases arteriais? (S) (N) (NA)
36	No caso de processar técnicas laboratoriais com material radioativo: (S) (N) (NA)
	1) Os profissionais têm habilitação para uso de material radioativo ( )
	2) Há recipientes específicos para radioisótopos, assim como 'bunker' para seu depósito? ( )
37	O serviço de hemoterapia conta com local exclusivo para coleta de sangue e aférese não terapêutica? (S) (N) (NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRIÉRIO P	PERFIL
-----------	--------

38	As geladeiras, os freezers e os ambientes usados para armazenamento do sangue e seus componentes, têm termômetros de máxima e mínima, e as temperaturas são anotadas a cada quatro horas? (exceto no sistema automático)	(S)	(N)	(NA)	
39	O mobiliário para o doador de sangue permite que o mesmo se deite caso seja necessário?	(S)	(N)	(NA)	
40	Há agitadores separados para concentrados de plaquetas com sorologia e sem sorologia, no banco de sangue?	(S)	(N)	(NA)	
41	Há barreira de contaminação na lavanderia?	(S)	(N)	(NA)	
42	A cozinha dispõe de: 1) Frigorífico e geladeiras em funcionamento 2) Telas nas janelas 3) Locais específicos de armazenamento de mantimentos 4) Piso lavável?	( ) ( ) ( ) ( )	(S)	(N)	(NA)
43	Conta com área para preparação de fórmulas lácteas com as seguintes características: 1) Área de higienização 2) Área de preparo 3) Área de autoclavagem 4) Normas específicas sobre o modo de preparar as diferentes fórmulas 5) São colhidas amostras das preparações para análises microbiológicas	( ) ( ) ( ) ( ) ( )	(S)	(N)	(NA)
44	Há local específico para entrevistas do Serviço Social?	(S)	(N)	(NA)	
45	A área para armazenamento de medicamentos na farmácia conta com geladeira exclusiva com termômetro de máxima e mínima, monitorado em período adequado nas 24 horas, para conservação de medicamentos, ligada ao sistema alternativo de energia elétrica?	(S)	(N)	(NA)	
46	Há um local exclusivo para o arquivamento dos prontuários dos pacientes?	(S)	(N)	(NA)	
47	O serviço de emergência funciona em local exclusivo com acesso independente nas 24 horas?	(S)	(N)	(NA)	
48	A emergência tem acesso 24 horas a: 1) Radiologia 2) Laboratório de Análises Clínicas 3) Hemoterapia?	( ) ( ) ( )	(S)	(N)	(NA)
49	Há estrutura de prevenção e extinção de incêndios com (apresentar projeto do bombeiro): 1) Extintores e hidrantes em quantidade suficiente 2) Extintores e hidrantes revisados anualmente 3) Porta corta-fogo (em prédios com mais de um andar) 4) Saídas de emergência sinalizadas?	( ) ( ) ( ) ( )	(S)	(N)	(NA)
50	Há corrimãos, em ambos os lados, de todas as escadas?	(S)	(N)	(NA)	
51	O sistema elétrico está aterrado (apresentar laudo de engenharia)?	(S)	(N)	(NA)	



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRITÉRIO P	PERFIL
------------	--------

52	Há sistema alternativo de geração de energia e de iluminação para as áreas de circulação e áreas críticas: 1) Gerador 2) Luz de emergência com baterias próprias?	(S) (N) (NA) ( ) ( )
53	Há reservatório/sistema com capacidade suficiente para garantir o abastecimento ininterrupto de água?	(S) (N) (NA)
54	Há um local específico para o armazenamento de resíduos sólidos que seja: 1) Ventilado 2) Fechado 3) Coberto 4) Exclusivo 5) Lavável 6) Restrito à circulação de pessoas 7) Para a separação do lixo comum do lixo infectado?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

CRITÉRIO I	LIDERANÇA
------------	-----------

Esse critério examina o Sistema de Liderança do hospital e o comprometimento pessoal dos membros da alta direção no estabelecimento, disseminação e atualização de valores e diretrizes organizacionais que promovam a cultura da excelência, considerando as necessidades de todas as partes interessadas. Também examina como a alta direção analisa criticamente o desempenho global do hospital.

### 1.1. Sistema de Liderança

Este item verifica como está estruturado o sistema de liderança do hospital: como são as relações de poder; a formalização das estruturas; e as habilitações dos ocupantes da alta cúpula.

ENFOQUE		
01	O sistema de liderança do hospital está estruturado?	(S) (N) (NA)
APLICAÇÃO		
02	O hospital identifica as lideranças externas locais (ex.: associação comercial, associação comunitária, profissionais liberais)?	(S) (N) (NA)
03	As decisões estratégicas são tomadas por um colegiado?	(S) (N) (NA)
04	Este colegiado (no mínimo 4 sub-itens): 1) Conta com a participação do Diretor Clínico 2) Conta com a participação do Diretor Administrativo 3) Formula políticas gerais 4) Define as prioridades 5) Aprova o planejamento estratégico 6) Reúne-se periodicamente 7) Avalia os resultados institucionais?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
05	A mesa diretora participa das decisões estratégicas do hospital?	(S) (N) (NA)
06	Há representatividade do corpo clínico na mesa diretora?	(S) (N) (NA)
07	As decisões estratégicas consideram as necessidades das partes interessadas (no mínimo 3 sub-itens): 1) Pacientes 2) Familiares	(S) (N) (NA) ( ) ( )



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO I</b>	<b>LIDERANÇA</b>
-------------------	------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) Força de trabalho</li> <li>4) Fornecedores</li> <li>5) SUS</li> <li>6) Sociedade</li> <li>7) Outras (especificar):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> </ul>		
08	O hospital tem organograma formalmente descrito, de conhecimento das pessoas e representativo da realidade organizacional?		(S) (N) (NA)	
09	Há um diretor institucional que permaneça no estabelecimento no mínimo seis horas, nos dias úteis?		(S) (N) (NA)	
10	Há um profissional de nível universitário na direção do hospital, com especialização em Gestão de Serviços de Saúde?		(S) (N) (NA)	
11	O responsável técnico pelo serviço de enfermagem responde diretamente ao principal executivo do hospital?		(S) (N) (NA)	
12	Os membros do SCIH estão diretamente subordinados à direção do principal executivo do hospital?		(S) (N) (NA)	
13	Existem evidências de como as habilidades de liderança são definidas e desenvolvidas no hospital?		(S) (N) (NA)	
14	É feita a identificação das pessoas com potencial de liderança?		(S) (N) (NA)	
15	O hospital faz a análise crítica do desempenho da liderança?		(S) (N) (NA)	
<b>APRENDIZADO</b>				
16	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao Sistema de Liderança utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):		(S) (N) (NA)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Controle das práticas</li> <li>2) Reuniões específicas para aprendizado</li> <li>3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)</li> <li>4) Auditorias internas e/ou externas</li> <li>5) Auto-avaliação?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> </ul>		

**1.2. Cultura da Excelência**

Este item examina como são estabelecidos e praticados os conceitos básicos do hospital: valores; missão; e visão.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>ENFOQUE</b>				
01	O hospital define e avalia como são praticados seus valores, missão e visão?		(S) (N) (NA)	
<b>APLICAÇÃO</b>				
02	As diretrizes do SUS são consideradas na definição da missão, visão e valores do hospital?		(S) (N) (NA)	
03	Os valores institucionais são de conhecimento de todas as pessoas do hospital e são divulgados através de (no mínimo 2 sub-itens):		(S) (N) (NA)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Boletim</li> <li>2) Jornal mural</li> <li>3) Reuniões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> </ul>		



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

<b>CRITÉRIO I</b>	<b>LIDERANÇA</b>
-------------------	------------------

	4) Outros (especificar):	( )
04	A missão institucional é de conhecimento das pessoas do hospital, e divulgada através de (no mínimo 2 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Boletim	( )
	2) Jornal mural	( )
	3) Reuniões	( )
	4) Outros (especificar):	( )
05	A visão institucional é de conhecimento das pessoas do hospital, e divulgada através de (no mínimo 2 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Boletim	( )
	2) Jornal mural	( )
	3) Reuniões	( )
	4) Outros (especificar):	( )
06	Para o entendimento das diretrizes e valores organizacionais por parte da força de trabalho o hospital utiliza-se dos seguintes mecanismos:	(S) (N) (NA)
	1) Documentos específicos que contenham a missão, visão e valores institucionais	( )
	2) Comissões de Ética	( )
	3) Comissão/Grupo de Qualidade	( )
	4) Reuniões da alta direção com a força de trabalho com este objetivo?	( )
07	O hospital conta com Comissões de (no mínimo 2 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Ética Médica	( )
	2) Ética em Enfermagem	( )
	3) Ética em Pesquisa?	( )
08	Os manuais de normas e procedimentos abordam as questões éticas?	(S) (N) (NA)
09	O hospital tem definido seu modelo de gestão?	(S) (N) (NA)
10	O hospital tem controle de como é praticado esse modelo de gestão?	(S) (N) (NA)
11	O hospital utiliza o PDCA como ferramenta para sua gestão?	(S) (N) (NA)
12	O hospital faz a auto-avaliação da unidade utilizando este roteiro?	(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>		
13	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à Cultura da Excelência utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )

### 1.3. Análise Crítica do Desempenho Global

Este item busca evidências de como é analisado criticamente o desempenho global do hospital: se há um processo de avaliação sistematizado e integrado; se há correlação de indicadores; e se a análise destes indicadores contribui para a definição de prioridades.



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO I LIDERANÇA**

ENFOQUE		
01	O hospital realiza análise crítica do seu desempenho global?	(S) (N) (NA)
APLICAÇÃO		
02	Há evidências de um processo sistematizado para melhoria da qualidade?	(S) (N) (NA)
03	O hospital avalia formalmente os resultados ligados ao grau de insatisfação dos clientes?	(S) (N) (NA)
04	O hospital avalia formalmente os resultados financeiros/orçamentários?	(S) (N) (NA)
05	As prioridades para melhoria são definidas em função da análise de desempenho do hospital?	(S) (N) (NA)
06	Há reuniões específicas e sistemáticas para a discussão dos seguintes indicadores: 1) Taxa de mortalidade por clínica 2) Taxa de mortalidade operatória 3) Taxas de permanência e ocupação por clínica 4) Taxa de rotatividade ou giro do leito 5) Taxa de infecção hospitalar 6) Causas de suspensão de cirurgia?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
07	Há reuniões específicas e sistemáticas para a discussão dos seguintes indicadores: 1) Taxa de rotatividade de funcionários por categoria e/ou setor 2) Absenteísmo 3) Índice de Satisfação do Usuário 4) Desempenho financeiro 5) Desempenho dos fornecedores?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
08	Nas reuniões de análise crítica são utilizadas informações comparativas e variáveis do ambiente externo, incluindo informações atualizadas sobre o SUS?	(S) (N) (NA)
09	O hospital usa correlações entre seus indicadores para melhoria da sua gestão?	(S) (N) (NA)
10	Nas reuniões clínicas são analisados os casos de acidentes ou complicações no atendimento médico?	(S) (N) (NA)
11	As decisões da análise crítica do desempenho global são comunicadas por meio de (pelo menos 1 sub-item): 1) Intranet 2) Boletim 3) Jornal 4) Reuniões 5) Outros (especificar):	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
APRENDIZADO		
12	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à análise crítica do desempenho global utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens): 1) Controle das práticas 2) Reuniões específicas para aprendizado 3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.) 4) Auditorias internas e/ou externas 5) Auto-avaliação?	(S) (N) (NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

<b>CRITÉRIO II</b>	<b>ESTRATÉGIAS E PLANOS</b>
--------------------	-----------------------------

Este critério examina o processo de formulação das estratégias de forma a determinar o posicionamento do hospital

**2.1. Formulação das Estratégias**

Este item busca identificar como o hospital formula e difunde entre as partes interessadas, as suas estratégias: quem participa da formulação e aprovação dos planos; se as aquisições de equipamentos são feitas de maneira alinhada com as estratégias.

ENFOQUE	
01	O hospital formula e divulga suas estratégias? (S) (N) (NA)
APLICAÇÃO	
02	O Planejamento Estratégico é realizado ou atualizado anualmente? (S) (N) (NA)
03	O Planejamento Estratégico é realizado em reuniões específicas? (S) (N) (NA)
04	O Planejamento Estratégico, além dos diretores, conta com a participação dos (no mínimo 1 item): (S) (N) (NA) 1) Gerentes ( ) 2) Representantes da equipe multiprofissional ( ) 3) Parceiros e fornecedores? ( )
05	O Planejamento Estratégico é formalmente aprovado pelo Conselho ou instância maior quando existente? (S) (N) (NA)
06	O hospital considera para formulação de estratégias fatores relacionados às necessidades dos clientes, das comunidades, da sociedade, das pessoas, dos fornecedores do ambiente externo e diretrizes do SUS? (S) (N) (NA)
07	Quais informações são utilizadas na formulação das estratégias: (S) (N) (NA) 1) Indicadores do hospital ( ) 2) Informações comparativas ( ) 3) Informações do mercado ( ) 4) Informações do SUS? ( )
08	As diretrizes estratégicas definidas estão alinhadas com as necessidades das partes interessadas (incluindo o SUS) e com a análise de ambiente externo e interno realizada? (S) (N) (NA)
09	O plano diretor de reforma das áreas físicas está alinhado com as estratégias do hospital? (S) (N) (NA)
10	Há plano contingencial para manutenção da qualidade durante as obras de reforma ou expansão, com barreiras, a fim de evitar a contaminação dos setores adjacentes? (S) (N) (NA)
11	A aquisição de equipamentos está alinhada com as estratégias do hospital? (S) (N) (NA)
12	As diretrizes estratégicas são de conhecimento das pessoas do hospital e divulgadas através de (no mínimo 2 sub-itens): (S) (N) (NA) 1) Boletim ( ) 2) Jornal mural ( ) 3) Reuniões ( ) 4) Outros (especificar)? ( )





<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO II</b>	<b>ESTRATÉGIAS E PLANOS</b>
--------------------	-----------------------------

13	O hospital participa do Conselho Municipal e está contemplado no PPI e PDR?	(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>		
14	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à Formulação das Estratégias utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )

**2.2. Operacionalização das Estratégias**

Este item verifica como o hospital desdobra suas estratégias e acompanha a implementação e o alinhamento com os focos estratégicos dos principais planos de ação.

<b>ENFOQUE</b>		
01	O hospital desdobra suas estratégias?	(S) (N) (NA)
<b>APLICAÇÃO</b>		
02	Há planos anuais escritos para a administração do hospital alinhados com as estratégias?	(S) (N) (NA)
03	Os planos de ação contemplam:	(S) (N) (NA)
	1) Metas	( )
	2) Agentes	( )
	3) Cronogramas?	( )
04	Os planos de ação estão alinhados com:	(S) (N) (NA)
	1) Necessidade das partes interessadas	( )
	2) Missão, visão e valores do hospital?	( )
05	É feita uma previsão de despesas?	(S) (N) (NA)
06	Há alocação específica de recursos para o treinamento de pessoas na previsão de despesas?	(S) (N) (NA)
07	É feita uma previsão de receitas?	(S) (N) (NA)
08	Os planos de ação contemplam recursos necessários para sua execução?	(S) (N) (NA)
09	É feito acompanhamento periódico e formal da implementação dos planos de ação?	(S) (N) (NA)
10	Os planos de ação são comunicados à força de trabalho por meio de:	(S) (N) (NA)
	1) Reuniões específicas	( )
	2) Intranet	( )
	3) Mural de gestão a vista	( )
	4) Outros (especificar):	( )
<b>APRENDIZADO</b>		
11	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao Desdobramento das Estratégias utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO II</b>	<b>ESTRATÉGIAS E PLANOS</b>
--------------------	-----------------------------

	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )

**2.3. Planejamento da Medição do Desempenho Global**

Este item examina como o hospital define e implementa o seu sistema de medição do desempenho: usando séries históricas de seus indicadores; definindo metas; e aprendendo com sua avaliação.

ENFOQUE		
---------	--	--

01	O hospital define seu sistema de medição do desempenho (indicadores)?	(S) (N) (NA)
----	-----------------------------------------------------------------------	--------------

APLICAÇÃO		
-----------	--	--

02	O hospital possui indicadores de desempenho relacionados a clientes e mercado, finanças, pessoas, fornecedores, sociedade, produto, processos relativos ao produto e processos de apoio e organizacionais?	(S) (N) (NA)
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

03	O hospital tem um sistema de informação definido com:	(S) (N) (NA)
	1) Indicadores médico-hospitalares	( )
	2) Indicadores administrativos financeiros?	( )

04	Esses indicadores são utilizados na análise crítica do desempenho global?	(S) (N) (NA)
----	---------------------------------------------------------------------------	--------------

05	O hospital utiliza os indicadores para monitorar o desempenho global em relação às estratégias?	(S) (N) (NA)
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

06	O painel de bordo foi gerado a partir dos indicadores definidos no planejamento estratégico?	(S) (N) (NA)
----	----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

07	Os indicadores são utilizados para gerenciar as operações em todos os níveis do hospital?	(S) (N) (NA)
----	-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

08	O hospital usa séries históricas de indicadores para definir prioridades e metas?	(S) (N) (NA)
----	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------

09	As metas são definidas em função de indicadores referenciais de excelência?	(S) (N) (NA)
----	-----------------------------------------------------------------------------	--------------

10	Os indicadores e as metas definidas são comunicados à força de trabalho por meio de:	(S) (N) (NA)
	1) Reuniões específicas	( )
	2) Intranet	( )
	3) Mural de gestão a vista	( )
	4) Outros (especificar):	( )

11	As informações coletadas pelo sistema de vigilância epidemiológica são avaliadas e existem indícios que fornecem subsídios para as ações de controle de infecção implantadas no hospital?	(S) (N) (NA)
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

12	Os levantamentos estatísticos são utilizados para a melhoria contínua da qualidade?	(S) (N) (NA)
----	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------

APRENDIZADO		
-------------	--	--

13	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao planejamento da medição do desempenho utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO II</b>	<b>ESTRATÉGIAS E PLANOS</b>
--------------------	-----------------------------

	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )

<b>CRITÉRIO III</b>	<b>CLIENTES</b>
---------------------	-----------------

O Critério **Clientes** examina como o hospital identifica, analisa, compreende e se antecipa às necessidades dos clientes e dos mercados, divulga seus serviços e ações de melhoria, e estreita seu relacionamento com os clientes. Também examina como o hospital mede e intensifica a satisfação e a fidelidade dos clientes em relação a seus serviços.

**3.1. Imagem e Conhecimento do Mercado**

Este item verifica como o hospital identifica, compreende e monitora as necessidades dos clientes e dos mercados atuais e potenciais visando se antecipar e desenvolver novas oportunidades: fazendo pesquisa de mercado; divulgando e fortalecendo sua imagem institucional; e conhecendo o perfil de sua clientela.

ENFOQUE		
01	O hospital identifica, compreende e monitora as necessidades dos clientes e de sua área de abrangência?	(S) (N) (NA)
APLICAÇÃO		
02	O hospital realiza pesquisa para conhecer os demais recursos de saúde da comunidade?	(S) (N) (NA)
03	O hospital conhece a sua participação no atendimento à população, considerando as outras unidades de saúde da região?	(S) (N) (NA)
04	O hospital faz levantamento epidemiológico da região?	(S) (N) (NA)
05	Os clientes são segmentados por (no mínimo 1 sub-item):	(S) (N) (NA)
	1) Convênios, particulares ou SUS	( )
	2) Por patologia	( )
	3) Usuários de consultas, de exames, de procedimentos ou de internação	( )
	4) Outros (especificar):	( )
06	O hospital efetua levantamento formal do perfil de seus clientes?	(S) (N) (NA)
	1) SUS	( )
	2) Não SUS	( )
07	O hospital faz, formal e periodicamente, a análise do perfil nosológico de seus clientes?	(S) (N) (NA)
	1) SUS	( )
	2) Não SUS	( )
08	O hospital identifica quais são as expectativas de seus clientes?	(S) (N) (NA)
	1) SUS	( )
	2) Não SUS	( )
09	O hospital desenvolve ações concretas para divulgação da sua imagem?	(S) (N) (NA)
10	O hospital faz pesquisa para verificar como está sua imagem perante a sociedade?	(S) (N) (NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO III CLIENTES**

APRENDIZADO		
11	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à Imagem e Conhecimento de Mercado utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens): 1) Controle das práticas 2) Reuniões específicas para aprendizado 3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.) 4) Auditorias internas e/ou externas 5) Auto-avaliação?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**3.2. Relacionamento com Clientes**

Este item busca identificar como o hospital seleciona e disponibiliza canais de acesso e gerencia as reclamações, determina o grau de satisfação/insatisfação e fidelidade, bem como constrói relacionamentos com os clientes: informando e orientando os pacientes; criando canais de interação; e colhendo sugestões/reclamações e procurando solucioná-las.

ENFOQUE		
01	O hospital se relaciona com seus clientes?	(S) (N) (NA)
APLICAÇÃO		
02	O atendimento ao paciente SUS e não SUS considera programas de acolhimento e humanização?	(S) (N) (NA)
03	O hospital possui os seguintes canais de comunicação com seu cliente (SUS e não SUS) (no mínimo 1 sub-item): 1) 0800 2) Ouvidoria 3) Pesquisa de satisfação do cliente 4) SAC 5) Internet 6) Outros (especificar):	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
04	As informações a respeito do funcionamento da unidade são passadas aos clientes (SUS e não SUS)?	(S) (N) (NA)
05	O hospital desencadeia ações concretas sistematicamente a partir das pesquisas de satisfação ou insatisfação dos clientes (SUS e não SUS)?	(S) (N) (NA)
06	As ações decorrentes da pesquisa de satisfação e insatisfação dos clientes (SUS e não SUS) são divulgadas às pessoas que mantêm contato direto com o cliente?	(S) (N) (NA)
07	As reclamações e solicitações dos clientes (SUS e não SUS) são recebidas, solucionadas quando for o caso e dado retorno aos interessados (apresentar evidências)?	(S) (N) (NA)
08	Existe um prazo estipulado pelo hospital entre a queixa e o retorno ao cliente (SUS e não SUS)?	(S) (N) (NA)
09	São realizadas pesquisas específicas sobre novos serviços junto aos clientes (SUS e não SUS)?	(S) (N) (NA)
10	O hospital promove visitas de gestantes ao hospital para familiarizarem-se com o ambiente em que darão à luz?	(S) (N) (NA)



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO III</b>	<b>CLIENTES</b>
---------------------	-----------------

APRENDIZADO		
11	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao Relacionamento com Clientes utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )

<b>CRITÉRIO IV</b>	<b>SOCIEDADE</b>
--------------------	------------------

O Critério **Sociedade** examina como o hospital contribui para o desenvolvimento econômico, social e ambiental de forma sustentável, por meio da minimização dos impactos negativos potenciais de seus serviços e operações na sociedade e como o hospital interage com a sociedade de forma ética e transparente.

**4.1. Responsabilidade Sócioambiental**

Este item busca identificar como o hospital demonstra sua preocupação com o meio ambiente; promovendo a consciência cidadã entre as pessoas que trabalham ou usam o hospital.

ENFOQUE		
01	O hospital demonstra preocupação com o meio ambiente?	(S) (N) (NA)
APLICAÇÃO		
02	O hospital possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos?	(S) (N) (NA)
03	Os impactos negativos do hospital no meio ambiente e na sociedade são antecipados?	(S) (N) (NA)
04	Os impactos negativos do hospital no meio ambiente e na sociedade são comunicados?	(S) (N) (NA)
05	É feita a coleta seletiva de lixo?	(S) (N) (NA)
06	É feito o tratamento ou segregação do lixo radioativo?	(S) (N) (NA)
07	É feito o tratamento do lixo infectado?	(S) (N) (NA)
08	É feito o controle do consumo de água?	(S) (N) (NA)
09	É feito o controle do consumo de energia elétrica?	(S) (N) (NA)
10	São feitas campanhas objetivando a preservação dos ecossistemas, a conservação de recursos não renováveis e a minimização do uso de recursos renováveis?	(S) (N) (NA)
11	O hospital conta com a participação de sua força de trabalho nessas campanhas?	(S) (N) (NA)
12	O hospital desenvolve ações de preservação da natureza?	(S) (N) (NA)
13	No hospital há um programa de uso racional de energia e água?	(S) (N) (NA)
14	Há plano de esgotamento sanitário?	(S) (N) (NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRITÉRIO IV	SOCIEDADE
-------------	-----------

15	O hospital trabalha com planos de manutenção da rede elétrica e hidráulica?	(S)	(N)	(NA)
16	Há um sistema alternativo de energia?	(S)	(N)	(NA)
17	No hospital existe sistema de utilização de água de reuso?	(S)	(N)	(NA)
18	No hospital existem ações que possibilitam a eliminação de entulho?	(S)	(N)	(NA)
19	O hospital utiliza alimentos orgânicos?	(S)	(N)	(NA)
<b>APRENDIZADO</b>				
20	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à responsabilidade socioambiental utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Controle das práticas	( )		
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )		
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )		
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )		
	5) Auto-avaliação?	( )		

#### 4.2. Ética e Desenvolvimento Social

Este item busca identificar como o hospital interage com a sociedade além do cumprimento das funções de sua missão social e como contribui para fortalecer a instituição na sua comunidade.

<b>ENFOQUE</b>				
01	O hospital interage com a sociedade?	(S)	(N)	(NA)
<b>APLICAÇÃO</b>				
02	Existe uma preocupação do hospital no resgate da participação da comunidade na unidade?	(S)	(N)	(NA)
03	O hospital possui programa de estímulo à participação da comunidade?	(S)	(N)	(NA)
04	Há ações do hospital na sociedade civil organizada?	(S)	(N)	(NA)
05	O hospital desenvolve atividades de apoio à comunidade?	(S)	(N)	(NA)
06	O hospital possui um código de ética ou de conduta, baseado em seus valores institucionais?	(S)	(N)	(NA)
07	O hospital divulga seu código de ética a todas as partes interessadas?	(S)	(N)	(NA)
08	Há um programa de estímulo para a captação de doadores periódicos de sangue?	(S)	(N)	(NA)
09	Há esquema formal para atendimento em casos de calamidade pública?	(S)	(N)	(NA)
10	O hospital desenvolve campanhas preventivas relacionadas à promoção da saúde e ao bem-estar da comunidade local?	(S)	(N)	(NA)
11	Há divulgação de informações institucionais para a comunidade de usuários?	(S)	(N)	(NA)
12	O hospital incentiva os membros de sua força de trabalho a desenvolverem trabalho comunitário?	(S)	(N)	(NA)



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO IV</b>	<b>SOCIEDADE</b>
--------------------	------------------

13	O hospital incentiva o voluntariado?	(S) (N) (NA)
14	O hospital faz comunicação das doenças de notificação compulsória?	(S) (N) (NA)
15	O hospital garante a equidade étnica, sexual e social no atendimento da comunidade?	(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>		
16	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à ética e desenvolvimento social utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )

<b>CRITÉRIO V</b>	<b>INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO</b>
-------------------	-----------------------------------

O Critério **Informações e Conhecimento** examina a gestão e a eficácia da utilização das informações e das informações comparativas, bem como as formas de proteção do capital intelectual do hospital.

**5.1. Gestão das Informações do Hospital**

Este item busca identificar como é e como funciona o sistema de informações do hospital: como são definidos os dados e indicadores a serem utilizados (painel de controle); como são coletados e armazenados os dados; como eles são acessados; e como é feita a reciclagem em relação ao sistema.

<b>ENFOQUE</b>		
01	O hospital identifica como funciona seu sistema de informações?	(S) (N) (NA)
<b>APLICAÇÃO</b>		
02	As anotações nos prontuários dos pacientes são legíveis?	(S) (N) (NA)
03	Há um prontuário único para cada paciente?	(S) (N) (NA)
04	Os atendimentos são registrados nos prontuários dos pacientes:	(S) (N) (NA)
	1) Ambulatorial	( )
	2) Emergencial	( )
	3) Internação?	( )
05	Os prontuários arquivados dos pacientes têm:	(S) (N) (NA)
	1) Folhas datadas	( )
	2) Folhas com identificação e assinatura dos profissionais	( )
	3) Identificação do paciente em todas as folhas	( )
	4) Anamnese	( )
	5) Exame físico	( )
	6) Evolução clínica	( )
	7) Resumo e/ou diagnóstico de alta	( )
	8) Consentimento informado autorizado?	( )
06	Nos prontuários dos pacientes, nas unidades de internação há:	(S) (N) (NA)
	1) Evolução e prescrição médica diária e atualizada	( )
	2) Anotações de enfermagem diária e atualizada	( )
	3) Registro de resultados de exames complementares	( )
	4) Registro de atividades de outros profissionais de apoio	( )



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO V INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO**

	5) Relatórios completos de procedimentos realizados no Centro Cirúrgico e/ou Obstétrico ( )		
	6) Consentimento informado autorizado? ( )		
07	Os sinais vitais dos pacientes internados são verificados e registrados no prontuário dos pacientes no mínimo duas vezes ao dia?	(S)	(N) (NA)
08	Os procedimentos de enfermagem são registrados em espaço específico no prontuário, destinado à evolução/anotações da enfermagem?	(S)	(N) (NA)
09	Há relatório cirúrgico das cirurgias?	(S)	(N) (NA)
10	O médico responsável pelo ato anestésico preenche a ficha de anestesia?	(S)	(N) (NA)
11	Há registro em prontuário de cada parturiente, de:	(S)	(N) (NA)
	1) Sorologia para sífilis ( )		
	2) Grupo sanguíneo e fator Rh ( )		
	3) Estado vacinal para tétano ( )		
	4) Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito ( )		
	5) Sorologia para HIV? ( )		
12	Faz-se o monitoramento e registro regular durante o trabalho de parto de:	(S)	(N) (NA)
	1) Batimentos cardíacos fetais ( )		
	2) Pressão arterial materna ( )		
	3) Evolução do trabalho de parto? ( )		
13	São registrados, como rotina, para todos os recém nascidos:	(S)	(N) (NA)
	1) Pesagem ( )		
	2) Verificação de Apgar no 1º e 5º minutos ( )		
	3) Exame físico completo ( )		
	4) Idade gestacional ( )		
	5) Profilaxia ocular ( )		
	6) Administração profilática de vitamina K? ( )		
14	São registradas em todos os prontuários as identificações da mãe e do recém nascido?	(S)	(N) (NA)
15	Há registro dos resultados da anatomia patológica?	(S)	(N) (NA)
16	A ficha de emergência tem:	(S)	(N) (NA)
	1) Anotações de enfermagem ( )		
	2) Anotação de exame físico ( )		
	3) Prescrição ( )		
	4) Indicação do encaminhamento ou destino? ( )		
17	Os procedimentos de reabilitação são registrados no prontuário do paciente?	(S)	(N) (NA)
18	É preenchida a folha de gastos no centro cirúrgico?	(S)	(N) (NA)
19	O hospital coleta dados para posterior elaboração de indicadores sobre?	(S)	(N) (NA)
	1) Seus recursos humanos ( )		
	2) Seus clientes ( )		
	3) Seus fornecedores ( )		
	4) A comunidade ( )		
	5) A gestão financeira ( )		
	6) Seus processos principais ( )		





<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO V</b>	<b>INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO</b>
-------------------	-----------------------------------

	7) Seus processos de apoio		( )
	8) O SUS?		
20	O hospital tem meios para garantir a integridade, segurança e atualização dos dados coletados?		(S) (N) (NA)
21	Os dados coletados são organizados em sistemas de informações?		(S) (N) (NA)
22	As informações são disponibilizadas e utilizadas para a tomada de decisões?		(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>			
23	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão das informações do hospital utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):		(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas		( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado		( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)		( )
	4) Auditorias internas e/ou externas		( )
	5) Auto-avaliação?		( )

**5.2. Gestão das Informações Comparativas**

Este item verifica o que o hospital faz para comparar seus dados com os concorrentes, outros hospitais e com a literatura de maneira a usar estas comparações gerando informação para apoiar a análise crítica do desempenho global: quais seus referenciais de excelência; e como busca suas informações comparativas.

<b>ENFOQUE</b>			
01	O hospital compara seus dados com os de outros serviços?		(S) (N) (NA)
<b>APLICAÇÃO</b>			
02	O hospital compara seus indicadores com os referenciais comparativos pertinentes?		(S) (N) (NA)
03	O hospital compara seus indicadores com dados da literatura?		(S) (N) (NA)
04	O hospital compara seus indicadores com referenciais de excelência?		(S) (N) (NA)
05	O hospital compara seus indicadores com serviços equivalente da área da saúde?		(S) (N) (NA)
06	As informações são utilizadas para o estabelecimento das metas do hospital?		(S) (N) (NA)
07	As informações comparativas são utilizadas para a análise do nível de desempenho do hospital?		(S) (N) (NA)
08	São desencadeadas ações de melhorias a partir dessas análises?		(S) (N) (NA)
09	O hospital possui métodos para garantir que as informações comparativas sejam íntegras e atualizadas?		(S) (N) (NA)
10	São utilizados métodos ativos de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, orientados em sistema que lhe permita comparações entre instituições assemelhadas?		(S) (N) (NA)
11	O laboratório de análises clínicas está vinculado a um programa externo específico de controle de qualidade?		(S) (N) (NA)



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO V</b>	<b>INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO</b>
-------------------	-----------------------------------

12	Há publicações recentes (menos de 4 anos), em português, das quatro clínicas básicas e sobre emergências, disponíveis 24 horas?	(S) (N) (NA)
13	É feita assinatura de pelo menos duas revistas científicas?	(S) (N) (NA)
14	O hospital realiza visitas de Benchmarking?	(S) (N) (NA)
15	Há evidência de utilização das estatísticas na gestão do hospital?	(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>		
16	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão das informações comparativas utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens): 1) Controle das práticas 2) Reuniões específicas para aprendizado 3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.) 4) Auditorias internas e/ou externas 5) Auto-avaliação?	(S) (N) (NA)

**5.3. Gestão do Capital Intelectual**

Aqui se verifica como o hospital estimula, identifica, desenvolve, cultiva, protege e compartilha seu capital intelectual: protegendo seus prontuários; avaliando, melhorando e disseminando o conhecimento gerado no hospital.

<b>ENFOQUE</b>		
01	O hospital identifica seus ativos de capital intelectual (pessoas, tecnologia, marca, conhecimento, entre outros)?	(S) (N) (NA)
<b>APLICAÇÃO</b>		
02	O hospital estimula a apresentação de trabalhos em congressos?	(S) (N) (NA)
03	O hospital estimula a publicação em revistas científicas?	(S) (N) (NA)
04	As inovações tecnológicas, os conhecimentos adquiridos e outros componentes do capital intelectual são compartilhados internamente no hospital?	(S) (N) (NA)
05	Existem métodos para identificar práticas inovadoras e que promovam o aperfeiçoamento das normas e rotinas de trabalhos?	(S) (N) (NA)
06	Essas práticas inovadoras agregam valores ao desempenho global da unidade?	(S) (N) (NA)
07	O hospital possui critérios para fazer uma renovação de sua tecnologia?	(S) (N) (NA)
08	Há práticas de avaliação dos processos clínicos e dos seus resultados?	(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>		
09	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão do capital intelectual utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens): 1) Controle das práticas 2) Reuniões específicas para aprendizado 3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.) 4) Auditorias internas e/ou externas 5) Auto-avaliação?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO VI</b>	<b>GESTÃO DE PESSOAS</b>
--------------------	--------------------------

O Critério **Gestão de Pessoas** examina como as pessoas são capacitadas para desenvolver e utilizar seu pleno potencial, em alinhamento com as estratégias do hospital. São também examinados os esforços para criar e manter um ambiente que conduza à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e do hospital.

**6.1. Sistemas de Trabalho**

O que se busca neste item é avaliar as práticas de gestão no sistema de trabalho do setor de pessoal: recrutamento, seleção, admissão, integração, avaliação, estrutura de cargos e salários, hospital das equipes, demissões etc.

ENFOQUE		
01	O hospital tem definido seu sistema de trabalho?	(S) (N) (NA)
APLICAÇÃO		
02	Existe um prontuário atualizado para cada pessoa que trabalha no hospital?	(S) (N) (NA)
03	A administração de pessoas compreende as seguintes atividades (pelos menos 4 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Seleção	( )
	2) Admissão	( )
	3) Gerenciamento de benefícios	( )
	4) Avaliação de desempenho	( )
	5) Registro dos treinamentos	( )
	6) Entrevista demissional?	( )
04	O hospital tem plano de cargos e salários?	(S) (N) (NA)
05	O hospital faz avaliação formal de desempenho das pessoas, individualmente e por equipe?	(S) (N) (NA)
06	O hospital oferece remuneração variável baseada em avaliação de desempenho das pessoas ou grupos?	(S) (N) (NA)
07	A estrutura de cargos do hospital permite que as responsabilidades sejam compartilhadas e que haja autonomia de ação?	(S) (N) (NA)
08	O critério de desempenho é considerado na promoção dos colaboradores?	(S) (N) (NA)
09	A estrutura de cargos permite o trabalho em equipe, como: (no mínimo 1 sub-item)	(S) (N) (NA)
	1) Comitês	( )
	2) Equipes da qualidade	( )
	3) Equipes de soluções de problemas	( )
	4) Equipes de processos?	( )
APRENDIZADO		
10	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao sistema de trabalho utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

**CRITÉRIO VI GESTÃO DE PESSOAS****6.2. Educação, Treinamento e Desenvolvimento das Pessoas**

Este item verifica como as necessidades de capacitação e de desenvolvimento das pessoas que trabalham no hospital são identificadas e como os métodos utilizados para educá-las e treiná-las, apóiam a obtenção das estratégias.

<b>ENFOQUE</b>		
01	O hospital identifica as necessidades de capacitação e desenvolvimento das pessoas?	(S) (N) (NA)
<b>APLICAÇÃO</b>		
02	O hospital estimula a capacitação técnica do médico?	(S) (N) (NA)
03	O hospital possui uma programação de reciclagem para os médicos?	(S) (N) (NA)
04	Existem atividades de educação continuada baseadas nas necessidades assistenciais de enfermagem nos diversos serviços?	(S) (N) (NA)
05	As pessoas do serviço de higiene hospitalar recebem instruções básicas a respeito de:	(S) (N) (NA)
	1) Limpeza diária	( )
	2) Desinfecção e limpeza de superfícies	( )
	3) Limpeza Terminal de todas as áreas	( )
	4) Manuseio e descarte dos resíduos sólidos?	( )
06	O hospital tem programa formal de integração para pessoas recém-admitidas?	(S) (N) (NA)
07	A necessidade de treinamento das pessoas está alinhada com as diretrizes definidas no planejamento estratégico do hospital?	(S) (N) (NA)
08	Os treinamentos são executados a partir das necessidades identificadas pelo hospital?	(S) (N) (NA)
09	Os profissionais admitidos no serviço de enfermagem recebem treinamento formal teórico e prático de integração ministrado por enfermeiro?	(S) (N) (NA)
10	O hospital avalia formalmente o impacto dos treinamentos desenvolvidos pelas pessoas que trabalham no hospital?	(S) (N) (NA)
11	Há treinamento específico para as pessoas em cargos de gerência ou chefia?	(S) (N) (NA)
12	O profissional participa da elaboração de seu plano de treinamento e capacitação?	(S) (N) (NA)
13	As pessoas que mantêm contato com o público recebem treinamento específico para atendimento ao usuário?	(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>		
14	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à capacitação e desenvolvimento utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas	( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )
	5) Auto-avaliação?	( )



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO VI</b>	<b>GESTÃO DE PESSOAS</b>
--------------------	--------------------------

**6.3. Bem-estar e Satisfação das Pessoas**

Verifica como os fatores relativos ao ambiente de trabalho e ao clima organizacional são identificados, avaliados e utilizados para assegurar o bem-estar, a satisfação e a motivação das pessoas que trabalham no hospital.

<b>ENFOQUE</b>		
01	O hospital identifica e avalia os fatores relativos ao ambiente de trabalho?	(S) (N) (NA)
<b>APLICAÇÃO</b>		
02	Há uso sistemático de equipamentos de proteção individual baseado no Programa de Prevenção de Risco Ambiental - PPRA?	(S) (N) (NA)
03	Há monitoramento de acidentes do trabalho e de doenças profissionais visando orientar as atividades de prevenção?	(S) (N) (NA)
04	Há divulgação (quadro de avisos, cartazes, painéis etc.) com instruções para prevenção de acidentes do trabalho nos vários setores do hospital?	(S) (N) (NA)
05	O hospital promove atividade de prevenção antitabaco; uso de álcool e drogas; doenças sexualmente transmissíveis, AIDS ou outros?	(S) (N) (NA)
06	O hospital está classificado por áreas ou funções de risco e o mapa de risco está visível em cada área?	(S) (N) (NA)
07	Há programas preventivos implantados de acordo com o mapa de risco?	(S) (N) (NA)
08	É feita imunização ativa dos profissionais em atividades de risco?	(S) (N) (NA)
09	As pessoas que manipulam a roupa suja estão devidamente uniformizadas com gorro, máscara, luvas, botas e roupas exclusivas do setor?	(S) (N) (NA)
10	Dentro do hospital, são realizadas campanhas que visam manter a limpeza e ordem no ambiente de trabalho?	(S) (N) (NA)
11	É feito o controle personalizado da radiação recebida durante o trabalho (dosímetro) no setor de diagnóstico por imagem?	(S) (N) (NA)
12	Há conforto para a equipe de saúde na UTI?	(S) (N) (NA)
13	Há conforto para a equipe de saúde na emergência?	(S) (N) (NA)
14	O Serviço Social oferece atendimento às pessoas que trabalham no hospital?	(S) (N) (NA)
15	Há vestiários com chuveiros para uso das pessoas que trabalham no hospital? (exceto os do CC e CO)	(S) (N) (NA)
16	São realizados para todas as pessoas que trabalham no hospital pelo médico do trabalho: 1) Exame admissional 2) Exames periódicos 3) Prevenção de doenças profissionais 4) Exame demissional?	( ) ( ) ( ) ( )
17	Há brigada de incêndio presente 24 horas no hospital?	(S) (N) (NA)



<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO VI</b>	<b>GESTÃO DE PESSOAS</b>
--------------------	--------------------------

18	O hospital oferece à sua força de trabalho os seguintes benefícios: (no mínimo 1 sub-item)		(S)	(N)	(NA)
	1) Creche				( )
	2) Vale-refeição				( )
	3) Assistência médica-odontológica				( )
	4) Cesta básica				( )
	5) Outros (especificar):				( )
19	Há orientação e treinamento sistemáticos das pessoas quanto a prevenção de acidentes do trabalho?		(S)	(N)	(NA)
20	O hospital oferece programas de promoção à saúde?		(S)	(N)	(NA)
21	Existem ações decorrentes do resultado da pesquisa de clima organizacional?		(S)	(N)	(NA)
22	Existem mecanismos para analisar o bem-estar e a satisfação das pessoas que trabalham no hospital:		(S)	(N)	(NA)
	1) Pesquisa de clima organizacional				( )
	2) Outros (especificar):				( )

<b>APRENDIZADO</b>
--------------------

23	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à qualidade de vida utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):		(S)	(N)	(NA)
	1) Controle das práticas				( )
	2) Reuniões específicas para aprendizado				( )
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)				( )
	4) Auditorias internas e/ou externas				( )
	5) Auto-avaliação?				( )

<b>CRITÉRIO VII</b>	<b>GESTÃO DE PROCESSOS</b>
---------------------	----------------------------

O Critério **Gestão de Processos** examina os principais aspectos dessa gestão, incluindo o projeto de novos serviços ou condutas com foco no cliente, a produção, os processos de apoio e relativos aos fornecedores e parceiros. Examina também como o hospital administra seus recursos financeiros de maneira a fazer a operação eficaz de seus processos.

**7.1. Gestão de Processos**

Este item verifica como se executam e são controladas as práticas de gestão para obtenção do produto final e de apoio do hospital, os principais métodos utilizados, os requisitos a que esses processos são submetidos e como eles são analisados e melhorados.

<b>ENFOQUE</b>
----------------

01	O hospital controla suas práticas de gestão e padrões de trabalho (cumprimento de normas e rotinas)?		(S)	(N)	(NA)
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----	-----	------

<b>APLICAÇÃO</b>
------------------

02	Há normas, procedimento e rotinas operacionais atualizadas em todos os postos de enfermagem do:		(S)	(N)	(NA)
	1) Berçário Normal				( )
	2) Neonatologia Patológica				( )
	3) Pediatria				( )
	4) Clínica Médica				( )



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

	5) Clínica Cirúrgica	( )		
	6) Outros (especificar):	( )		
03	Há protocolos baseados em evidências clínicas atualizados e de fácil acesso, utilizados pela equipe de saúde para:	(S)	(N)	(NA)
	1) Berçário Normal	( )		
	2) Neonatologia Patológica	( )		
	3) Pediatria	( )		
	4) Clínica Médica	( )		
	5) Clínica Cirúrgica	( )		
	6) Outros (especificar):	( )		
04	Os protocolos utilizados consideram o perfil nosológico da unidade?	(S)	(N)	(NA)
05	Existe pelo menos um médico de plantão ativo no hospital 24 horas?	(S)	(N)	(NA)
06	Todo paciente tem um médico responsável?	(S)	(N)	(NA)
07	Existem médicos que passam visitas diárias em todos os leitos e atualizam as prescrições e evoluções médicas?	(S)	(N)	(NA)
08	O hospital trabalha com sistematização da assistência de enfermagem?	(S)	(N)	(NA)
09	Há supervisão de enfermagem nas seguintes unidades de internação:	(S)	(N)	(NA)
	1) Berçário Normal	( )		
	2) Neonatologia Patológica	( )		
	3) Pediatria	( )		
	4) Clínica Médica	( )		
	5) Clínica Cirúrgica	( )		
	6) Outros (especificar):	( )		
10	Há escalas de plantões ativos ou à distância (com número de telefone) acessíveis no serviço, para:	(S)	(N)	(NA)
	1) Técnicos de laboratório	( )		
	2) Outros profissionais de laboratório	( )		
	3) Médicos radiologistas	( )		
	4) Técnico de radiologia	( )		
	5) Anestesiastas	( )		
	6) Pessoal técnico de banco de sangue?	( )		
11	Existem formulários padronizados para:	(S)	(N)	(NA)
	1) Berçário Normal	( )		
	2) Neonatologia Patológica	( )		
	3) Pediatria	( )		
	4) Clínica Médica	( )		
	5) Clínica Cirúrgica	( )		
	6) Outros (especificar):	( )		
12	Há um controle de medicamentos psicoativos nas unidades de internação:	(S)	(N)	(NA)
	1) Berçário Normal	( )		
	2) Neonatologia Patológica	( )		
	3) Pediatria	( )		
	4) Clínica Médica	( )		
	5) Clínica Cirúrgica	( )		
	6) UTI	( )		



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

	7) Centro Cirúrgico			
	8) Serviço de Emergência?	( )		
13	Há um controle da utilização dos materiais de consumo nas unidades de internação:	(S) (N) (NA)		
	1) Berçário Normal	( )		
	2) Neonatologia Patológica	( )		
	3) Pediatria	( )		
	4) Clínica Médica	( )		
	5) Clínica Cirúrgica	( )		
	6) Outros (especificar):	( )		
14	São feitas reuniões formais para análise de casos clínicos?	(S) (N) (NA)		
15	São feitas reuniões formais para análise dos processos de enfermagem?	(S) (N) (NA)		
16	É feita a contra-referência do paciente com alta hospitalar?	(S) (N) (NA)		
17	É respeitada a privacidade do paciente em todos ambientes do hospital?	(S) (N) (NA)		
18	Há um sistema definido para garantir as informações aos familiares dos pacientes internados?	(S) (N) (NA)		
19	O hospital apresenta programa de controle de infecção hospitalar e suas ações estão baseadas nas metas definidas?	(S) (N) (NA)		
20	As definições das diretrizes da CCIH/SCIH para as ações de controle de infecção hospitalar constam das atas?	(S) (N) (NA)		
21	As reuniões da CCIH/SCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas?	(S) (N) (NA)		
22	A CCIH identifica e atua sobre um surto em tempo hábil para tomar medidas de controle?	(S) (N) (NA)		
23	A detecção de casos de infecção hospitalar pelo SCIH é feita com base em definições pré-estabelecidas?	(S) (N) (NA)		
24	A CCIH controla o uso de antibióticos no hospital?	(S) (N) (NA)		
25	Há protocolos para:	(S) (N) (NA)		
	1) Higiene das mãos	( )		
	2) Uso de germicidas	( )		
	3) Isolamento e Precauções-Padrão	( )		
	4) Prevenção da infecção do sítio cirúrgico	( )		
	5) Prevenção da infecção relacionada ao acesso vascular e da corrente circulatória	( )		
	6) Prevenção da infecção do trato urinário	( )		
	7) Prevenção da infecção do trato respiratório?	( )		
26	A vigilância epidemiológica das infecções hospitalares é realizada por meio de busca ativa?	(S) (N) (NA)		
27	A CCIH registra e analisa:	(S) (N) (NA)		
	1) Identificação das cepas prevalentes	( )		
	2) Perfil da resistência microbiana?	( )		





Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

28	As pessoas do hospital recebem treinamento sistemático, periódico e específico sobre os procedimentos de controle de infecção hospitalar?	(S)	(N)	(NA)
29	Os relatórios produzidos pela CCIH são divulgados (no mínimo 2 sub-itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Nas unidades	( )		
	2) Para os médicos	( )		
	3) Para outras comissões, além da CCIH?	( )		
30	Utilizam-se protocolos baseados em evidência clínica para determinar o prognóstico de pacientes nas UTIs?	(S)	(N)	(NA)
31	Utilizam-se protocolos baseados em evidência clínica para o tratamento de pacientes nas UTIs?	(S)	(N)	(NA)
32	Há impressos padronizados para evolução dos pacientes na UTI:	(S)	(N)	(NA)
	1) Médica	( )		
	2) De enfermagem?	( )		
33	Os visitantes são orientados para a higiene das mãos antes de entrarem na UTI?	(S)	(N)	(NA)
34	Há médico e enfermeiro exclusivos em plantão ativo nas 24 horas, nas:	(S)	(N)	(NA)
	1) UTIs	( )		
	2) Emergência	( )		
35	O médico responsável pela UTI passa visita diariamente, junto com o plantonista?	(S)	(N)	(NA)
36	Há supervisão de enfermagem na UTI?	(S)	(N)	(NA)
37	Há profissionais de enfermagem qualificados, na proporção de um para cada dois leitos (mínimo de 12 horas de cuidados de enfermagem/paciente-dia) na UTI?	(S)	(N)	(NA)
38	Há atividades de controle de qualidade da assistência prestada na UTI:	(S)	(N)	(NA)
	1) Revisão clínica	( )		
	2) Revisão de óbitos e complicações	( )		
	3) Análise de taxa de mortalidade por diagnóstico	( )		
	4) Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares por procedimentos?	( )		
39	É feita avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem na UTI?	(S)	(N)	(NA)
40	Há preocupação em preservar o ciclo dia/noite dos clientes internados na UTI?	(S)	(N)	(NA)
41	A UTI tem acesso aos serviços de (no mínimo 5 sub-itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Neurologia	( )		
	2) Pneumologia	( )		
	3) Nefrologia	( )		
	4) Cardiologia	( )		
	5) Cirurgia	( )		
	6) Fisioterapia	( )		
	7) Serviço Social	( )		
	8) Psicologia	( )		
	9) Nutrição?	( )		
42	A UTI tem acesso nas 24 horas aos serviços:	(S)	(N)	(NA)
	1) Laboratório de análises clínicas	( )		
	2) Hemoterapia	( )		



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

	3) Radiologia	( )		
	4) Centro Cirúrgico?	( )		
43	Há um sistema definido na UTI, para garantir informações aos responsáveis pelo paciente?	(S)	(N)	(NA)
44	Há uma equipe profissional de reabilitação disponível, constituída por:	(S)	(N)	(NA)
	1) Fisioterapeuta	( )		
	2) Fonoaudiólogo	( )		
	3) Terapeuta ocupacional	( )		
	4) Psicólogo?	( )		
45	Executam-se tratamentos de reabilitação primária em internação geral ou terapia intensiva:	(S)	(N)	(NA)
	1) Fisioterapia respiratória	( )		
	2) Massoterapia	( )		
	3) Cinesioterapia?	( )		
46	O hospital mantém intercâmbio formal dessa equipe de reabilitação com os demais serviços do hospital para avaliação dos resultados?	(S)	(N)	(NA)
47	Para o gerenciamento da UTI são considerados os indicadores assistenciais?	(S)	(N)	(NA)
48	Há normas e rotinas escritas, de funcionamento do centro cirúrgico padronizadas, atualizadas e de fácil acesso?	(S)	(N)	(NA)
49	Há supervisão de enfermagem no Centro Cirúrgico?	(S)	(N)	(NA)
50	É cumprida a programação do uso das salas cirúrgicas?	(S)	(N)	(NA)
51	São cumpridas as normas de limpeza das salas cirúrgicas entre os procedimentos e ao final do dia?	(S)	(N)	(NA)
52	As pessoas só ingressam no centro cirúrgico após vestir uniforme privativo?	(S)	(N)	(NA)
53	A programação cirúrgica diária é de conhecimento das áreas de apoio e enfermarias?	(S)	(N)	(NA)
54	Os anestesistas controlam a recuperação dos pacientes operados e indicam o momento de traslado para a área de internação correspondente?	(S)	(N)	(NA)
55	Os anestesistas realizam consultas pré-anestésicas?	(S)	(N)	(NA)
56	Para o gerenciamento do centro cirúrgico são considerados os indicadores assistenciais?	(S)	(N)	(NA)
57	O centro cirúrgico faz levantamentos de satisfação junto aos clientes internos (equipe cirúrgica)?	(S)	(N)	(NA)
58	É feita biópsia de congelação no centro cirúrgico?	(S)	(N)	(NA)
59	O hospital oferece serviços de anatomia patológica?	(S)	(N)	(NA)
60	Há manuais escritos para os procedimentos anátomo patológicos?	(S)	(N)	(NA)
61	O anátomo patologista participa de reuniões anátomo-clínicas e discussão de casos?	(S)	(N)	(NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

62	O serviço de emergência utiliza protocolos baseados em evidência clínica para: 1) Insuficiência respiratória 2) Insuficiência circulatória 3) Insuficiência renal aguda 4) Abdomen agudo?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( )
63	Os pacientes permanecem em observação no serviço de emergência no máximo 24 horas?	(S) (N) (NA)
64	Para o gerenciamento do serviço de emergência são considerados os indicadores assistenciais?	(S) (N) (NA)
65	O laboratório processa: 1) Bioquímica 2) Hematologia 3) Microscopia direta?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( )
66	Há sistema de identificação da amostra para exame laboratorial que acompanha todas as fases do processo até a emissão do laudo?	(S) (N) (NA)
67	Há condições para a realização de exames laboratoriais de urgência?	(S) (N) (NA)
68	Os laudos dos exames laboratoriais incluem informação sobre os valores da faixa normal de resultados, conforme a técnica utilizada?	(S) (N) (NA)
69	Há manuais atualizados e de fácil acesso no laboratório sobre: 1) Coleta de amostras 2) Recepção no laboratório 3) Distribuição interna das amostras 4) Técnicas laboratoriais?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( )
70	Há supervisão técnica permanente dos processos na execução dos exames laboratoriais?	(S) (N) (NA)
71	Existem técnicos, em plantão ativo, no laboratório 24 horas?	(S) (N) (NA)
72	Há registro diário no laboratório para verificação da calibragem e/ou temperatura de: 1) Aparelhos 2) Estufas 3) Geladeiras 4) Banhos-maria?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( )
73	As solicitações de exames de laboratório contêm informações sobre as condições clínicas do paciente, e as mesmas estão à disposição dos profissionais que processam os exames?	(S) (N) (NA)
74	A entrega dos exames laboratoriais é feita em tempo hábil para sua utilização?	(S) (N) (NA)
75	Há rotinas de verificação dos resultados dos exames laboratoriais antes da emissão dos laudos?	(S) (N) (NA)
76	O laboratório de análises clínicas garante o intercâmbio formal com os demais profissionais do hospital?	(S) (N) (NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

77	O laboratório de análises clínicas faz monitoramento de indicadores em todas as fases do processo?	(S)	(N)	(NA)	
78	Os resultados dos exames laboratoriais dos últimos cinco anos estão arquivados e de fácil acesso?	(S)	(N)	(NA)	
79	São realizados controles internos de qualidade no laboratório de análises clínicas: 1) Para kits de reagentes 2) Elaboração de soro padrão?	(S)	(N)	(NA)	( ) ( )
80	Há manuais de rotinas e procedimentos do serviço de diagnóstico por imagem?	(S)	(N)	(NA)	
81	Todos os exames processados têm identificação, contendo nome, registro do paciente e data, para: 1) Raio X 2) Ultrassom 3) Tomografia 4) Ressonância 5) Outros (especificar):	(S)	(N)	(NA)	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
82	Os exames dispõem de laudo assinado por médico responsável com cópias dos mesmos de fácil acesso? 1) Raio X 2) Ultrassom 3) Tomografia 4) Ressonância 5) Outros (especificar):	(S)	(N)	(NA)	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
83	Para realização de exames radiológicos com contraste: 1) O exame é realizado por médico 2) Os pacientes são devidamente orientados 3) Há material de ressuscitação cardio-respiratória (medicamentos e equipamentos) disponível no local?	(S)	(N)	(NA)	( ) ( ) ( )
84	Os exames radiológicos de maior complexidade são solicitados de acordo com critérios previamente definidos junto ao corpo clínico (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, arteriografias e angiografia)?	(S)	(N)	(NA)	
85	Os laudos radiológicos dos últimos cinco anos estão arquivados e de fácil acesso?	(S)	(N)	(NA)	
86	Há troca formal de opiniões entre o corpo clínico e os médicos responsáveis pelos exames radiológicos?	(S)	(N)	(NA)	
87	Há normas e procedimentos atualizados e de fácil acesso no serviço de hemoterapia?	(S)	(N)	(NA)	
88	O serviço de hemoterapia faz controle de qualidade interno e externo dos hemocomponentes?	(S)	(N)	(NA)	
89	O doador de sangue recebe os resultados das sorologias e, caso estejam alterados, é notificado para receber instruções no local de doação com devido respeito à sua privacidade?	(S)	(N)	(NA)	
90	Existe um médico responsável, presente durante todo o período de doação de sangue?	(S)	(N)	(NA)	



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

91	O rótulo da bolsa do hemocomponente pronto para uso contém: 1) Nome e endereço do hospital coletor 2) Nome e volume aproximado do produto hemoterápico 3) Identificação numérica ou alfanumérica 4) A data da coleta e de validade do produto e, nos concentrados de plaqueta, o horário da coleta 5) O grupo ABO e o tipo Rh <sub>0</sub> (D) 6) Inscrição legível: "Não adicionar medicamentos" 7) Resultado dos testes sorológicos individuais? a) Lues (VDRL) b) Chagas ( 2 métodos) c) Sorologia para hepatite B, C, e anti-HB-c d) Detecção de anti-HIV e) Pesquisa de anticorpos irregulares?	(S) (N) (NA)	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
92	O médico responsável pelo serviço de hemoterapia supervisiona as unidades de sangue recebidas pelo serviço?	(S) (N) (NA)	
93	São feitos exames pré-transfusionais: 1) Grupo ABO e fator Rh no receptor e doador 2) Pesquisa de anticorpo irregular no receptor e doador 3) Provas de compatibilidade?	(S) (N) (NA)	( ) ( ) ( )
94	O hemocomponente é liberado para transfusão através de solicitação por médico, com assinatura, nome legível e número do CRM?	(S) (N) (NA)	
95	O acesso do hospital ao sangue certificado se faz em menos de uma hora?	(S) (N) (NA)	
96	O médico responsável pelo serviço de hemoterapia supervisiona todas as fases do processo de: 1) Coleta 2) Fracionamento 3) Armazenamento 4) Distribuição 5) Transfusão?	(S) (N) (NA)	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
97	O controle de tempo de transfusão de hemocomponentes está registrado no prontuário?	(S) (N) (NA)	
98	Há reuniões formais para discussão dos processos relacionados ao serviço de hemoterapia?	(S) (N) (NA)	
99	Há manuais de rotinas e procedimentos para o serviço de diálise?	(S) (N) (NA)	
100	Há acompanhamento médico durante a sessão dialítica?	(S) (N) (NA)	
101	Há serviço de enfermagem exclusivo para o setor de diálise?	(S) (N) (NA)	
102	Há vacinação contra hepatite B para os pacientes em hemodiálise com sorologia negativa?	(S) (N) (NA)	
103	Há identificação e controle rigoroso dos capilares em reuso no setor de diálise?	(S) (N) (NA)	
104	É feita dosagem periódica do teor de alumínio na água utilizada para diálise?	(S) (N) (NA)	



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

105	Há reuniões formais para discussão dos processos relacionados ao serviço de hemoterapia?	(S)	(N)	(NA)
106	Há manuais operacionais atualizados para os processos de apoio ao hospital:	(S)	(N)	(NA)
	1) Central de Material	( )		
	2) Farmácia	( )		
	3) Serviço de Nutrição e Dietética	( )		
	4) Administrativo (setor de internação, recepção, zeladoria, entre outros)	( )		
	5) Lavanderia	( )		
	6) Limpeza	( )		
	7) Manutenção?	( )		
107	A produção de material esterilizado é feita por sistema que identifica o funcionário responsável, método/equipamento, data e hora do processo, além da validade da esterilização?	(S)	(N)	(NA)
108	Há normas e rotinas na Central de Material, aprovadas pela CCIH, contendo especificações sobre:	(S)	(N)	(NA)
	1) Limpeza	( )		
	2) Método de desinfecção/esterilização, de acordo com artigo a ser reprocessado	( )		
	3) Normas para embalagem e estocagem	( )		
	4) Validação do processo de esterilização?	( )		
109	É feita monitorização visual dos materiais esterilizados, por meio de fita termosensível?	(S)	(N)	(NA)
110	Quando é realizado controle de esterilização por indicador biológico:	(S)	(N)	(NA)
	1) Pelo menos semanalmente	( )		
	2) Após manutenção do equipamento	( )		
	3) Materiais de implante e próteses?	( )		
111	Há atividades de controle do instrumental cirúrgico:	(S)	(N)	(NA)
	1) Inventário periódico das peças	( )		
	2) Esquema para garantir reparos e/ou reposição	( )		
	3) Identificação das peças?	( )		
112	Há controle da validade dos medicamentos?	(S)	(N)	(NA)
113	Caso tenha capela de fluxo laminar, há:	(S)	(N)	(NA)
	1) Rotinas escritas de limpeza da área	( )		
	2) Rotinas escritas para a produção	( )		
	3) Rotinas de análises microbiológicas dos produtos nela manipulados?	( )		
114	Há um controle dos medicamentos psicoativos quanto a:	(S)	(N)	(NA)
	1) Armazenamento	( )		
	2) Distribuição para as unidades de internação?	( )		
115	Há indicadores de utilização de medicamentos, de reações adversas e de outras questões referentes a farmacovigilância no hospital?	(S)	(N)	(NA)
116	Há relação atualizada de medicamentos padronizados para uso no estabelecimento?	(S)	(N)	(NA)
117	O sistema de distribuição por dose unitária/individualizada na farmácia tem:	(S)	(N)	(NA)
	1) Padronização de horários para recebimento de receitas	( )		
	2) Normas escritas para o fracionamento e embalagem dos medicamentos	( )		
	3) Local específico para a tarefa	( )		



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VII GESTÃO DE PROCESSOS**

	4) Funcionários específicos da área, supervisionados pelo farmacêutico responsável ( )		
	5) Rotinas escritas e aprovadas pela CCIH para a limpeza desta área		
	6) Fluxo laminar caso fracione/prepare injetáveis (dose individualizada)?		
118	Conta com normas e rotinas escritas para o serviço de nutrição:	(S)	(N) (NA)
	1) Recepção dos gêneros alimentícios	( )	
	2) Preparo dos alimentos	( )	
	3) Técnicas de conservação de alimentos?	( )	
119	Existem atividades de controle de qualidade em todas as fases do processo do serviço de nutrição:	(S)	(N) (NA)
	1) Seleção e aquisição dos gêneros	( )	
	2) Recepção e armazenamento dos gêneros	( )	
	3) Preparo e cocção	( )	
	4) Distribuição?	( )	
120	Na cozinha e copa são cumpridas as normas de higiene:	(S)	(N) (NA)
	1) Limpeza do local, ausência de resíduos no piso e de acúmulos de água	( )	
	2) Pessoas uniformizadas com touca, avental, calçados fechados	( )	
	3) Pias com sabão e papel toalha para higiene das mãos?	( )	
121	Conta com um sistema que garanta a chegada de comida quente ao cliente?	(S)	(N) (NA)
122	O manual de dietas contempla no mínimo: dietas para patologias do aparelho digestivo, diabetes, dieta branda, líquida, hiposódica, hipo e hiperproteica?	(S)	(N) (NA)
123	Há relação entre as dietas do dia efetivamente recebidas pelos pacientes e as diferentes prescrições dietéticas?	(S)	(N) (NA)
124	A nutricionista participa na prescrição dietética dos pacientes nutricionalmente comprometidos?	(S)	(N) (NA)
125	Há indicadores de satisfação/insatisfação da alimentação fornecida pelo hospital?	(S)	(N) (NA)
126	A retirada de roupa suja e a entrega de roupa limpa são realizadas diariamente?	(S)	(N) (NA)
127	A roupa suja é transportada em sacos impermeáveis e carrinho fechado exclusivo para esse fim?	(S)	(N) (NA)
128	Há um sistema de controle da entrada e saída de roupas da lavanderia?	(S)	(N) (NA)
129	Os insumos utilizados na lavanderia foram padronizados pela CCIH?	(S)	(N) (NA)
130	Há normas escritas a respeito de:	(S)	(N) (NA)
	1) Coleta de roupas sujas nas unidades	( )	
	2) Entrega de roupas limpas	( )	
	3) Transporte externo da roupa em casos de serviços terceirizados?	( )	
131	As receitas para os processos de lavagem estão disponíveis na lavanderia?	(S)	(N) (NA)
132	A limpeza diária é supervisionada em todas as unidades?	(S)	(N) (NA)
133	Os insumos utilizados na higiene hospitalar são padronizados pela CCIH?	(S)	(N) (NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

<b>CRITÉRIO VII</b>	<b>GESTÃO DE PROCESSOS</b>
---------------------	----------------------------

134	Os resíduos sólidos de todas as unidades são retirados diariamente?	(S)	(N)	(NA)
135	O abrigo de resíduos sólidos é lavado diariamente?	(S)	(N)	(NA)
136	Há registros das atividades de:	(S)	(N)	(NA)
	1) Limpeza, a cada 6 meses, nos reservatórios de água	( )		
	2) Desratização	( )		
	3) Desinsetização?	( )		
137	Conta com um setor estruturado de manutenção?	(S)	(N)	(NA)
	1) Hidráulica	( )		
	2) Elétrica	( )		
	3) Equipamentos	( )		
	4) Administração de contratos	( )		
	5) Predial?	( )		
138	Há manutenção periódica do sistema alternativo de geração de energia?	(S)	(N)	(NA)
139	Há Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) do sistema de climatização de ar (quando houver)?	(S)	(N)	(NA)
140	Há uma equipe de manutenção de plantão, para situações de emergência?	(S)	(N)	(NA)
141	Os setores que recebem pacientes possuem uma recepção organizada de forma a garantir que o cliente seja atendido com agilidade?	(S)	(N)	(NA)
<b>APRENDIZADO</b>				
142	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos de apoio utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Controle das práticas	( )		
	2) Reuniões específicas para aprendizado	( )		
	3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.)	( )		
	4) Auditorias internas e/ou externas	( )		
	5) Auto-avaliação?	( )		

**7.2. Gestão de Processos Relativos aos Fornecedores**

<p>Este item procura averiguar as práticas de gestão na relação entre o hospital e seus fornecedores. Aqui está incluída a gestão de contratos do hospital assim como suas relações com empresas terceirizadas.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ENFOQUE				
01	O hospital realiza a gestão formal de seus fornecedores?	(S)	(N)	(NA)
APLICAÇÃO				
02	O hospital faz controle formal da gestão dos materiais?	(S)	(N)	(NA)
03	Há avaliação formal dos resultados da atividade do hospital com seus fornecedores? Mostrar evidências de no mínimo um grupo de fornecedores. Prazo de entrega, itens de não conformidade, entre outros.	(S)	(N)	(NA)
04	Conta com rotinas administrativas escritas voltadas para a gestão de materiais (no mínimo 3 itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Cadastro de fornecedores	( )		
	2) Pedidos de compra com especificações detalhadas	( )		
	3) Comitê de compras com participação das áreas interessadas	( )		





<b>Item</b>	<b>REQUISITO DA QUALIDADE</b>
-------------	-------------------------------

<b>CRITÉRIO VII</b>	<b>GESTÃO DE PROCESSOS</b>
---------------------	----------------------------

	4) Verificação dos controles de qualidade do fabricante/prestadores de serviços ( ) 5) Padronização de produtos ( ) 6) Avaliação interna da qualidade dos produtos e serviços comprados? ( )	
<b>APRENDIZADO</b>		
05	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos relativos aos fornecedores utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas ( ) 2) Reuniões específicas para aprendizado ( ) 3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.) ( ) 4) Auditorias internas e/ou externas ( ) 5) Auto-avaliação? ( )	

**7.3. Gestão Financeira**

Neste item se avaliam os tópicos relacionados com a administração financeira do hospital.

<b>ENFOQUE</b>		
01	É feita a gestão financeira no hospital?	(S) (N) (NA)
<b>APLICAÇÃO</b>		
02	O hospital possui uma estratégia para a captação de recursos?	(S) (N) (NA)
03	O hospital assegura sua sustentabilidade?	(S) (N) (NA)
04	É feito o acompanhamento da execução das despesas?	(S) (N) (NA)
05	É feito o acompanhamento da execução das receitas?	(S) (N) (NA)
06	É feito o acompanhamento da alocação de recursos para a execução dos planos de ação?	(S) (N) (NA)
07	O hospital executa algum sistema formal de análise de custos?	(S) (N) (NA)
08	É feita uma análise de viabilidade econômica para o lançamento de novos produtos e/ou serviços?	(S) (N) (NA)
09	O hospital executa algum sistema formal de análise de receita e despesa?	(S) (N) (NA)
10	O hospital avalia a relação entre sua produção e seus custos?	(S) (N) (NA)
<b>APRENDIZADO</b>		
11	O hospital para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão econômica-financeira utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 3 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Controle das práticas ( ) 2) Reuniões específicas para aprendizado ( ) 3) Ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5 W 2H, Brainstorming etc.) ( ) 4) Auditorias internas e/ou externas ( ) 5) Auto-avaliação? ( )	



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

<b>CRITÉRIO VIII</b>	<b>RESULTADOS</b>
----------------------	-------------------

O Critério **Resultados** examina o desempenho e a melhoria em áreas críticas para o hospital, tais como: satisfação dos clientes e do mercado, finanças, pessoas, fornecedores e parceiros, serviços à sociedade e processos de apoio e organizacionais. São também examinados os níveis de desempenho em relação aos concorrentes, aos referenciais de excelência e/ou a outros referenciais comparativos.

**8.1. Resultados Relativos aos Clientes e ao Mercado**

Neste item procura-se saber quais os instrumentos de medição do grau de satisfação dos clientes bem como os níveis de satisfação em valores absolutos e relativos aos referenciais pertinentes.

01	O hospital avalia séries históricas de indicadores da avaliação feitas por seus clientes (SUS e não SUS): 1) Atendimento na recepção 2) Atendimento de enfermagem 3) Atendimento médico 4) Alimentação fornecida 5) Limpeza do quarto/enfermaria?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
02	O hospital avalia séries históricas de indicadores relativos ao mercado no qual está inserido: 1) Grau de participação no atendimento da região 2) Participação dos convênios/seguradoras/autogestões/SUS no hospital 3) Imagem do hospital perante a comunidade local 4) Imagem do hospital perante a sociedade?	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( )
03	O hospital avalia a resolutividade das ações advindas dos indicadores de insatisfação do cliente (SUS e não SUS)?	(S) (N) (NA)
04	O hospital apresenta tendência favorável para quase todos os resultados relativos aos clientes e ao mercado?	(S) (N) (NA)
05	O hospital apresenta tendência favorável para o atendimento ao SUS?	(S) (N) (NA)
06	O hospital compara seus resultados relativos aos clientes (SUS e não SUS) e ao mercado com referenciais comparativos pertinentes?	(S) (N) (NA)
07	Alguns resultados relativos aos clientes (SUS e não SUS) e ao mercado apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes (evidenciar com gráficos)?	(S) (N) (NA)

**8.2. Resultados Financeiros**

Os resultados financeiros indicam o grau de eficiência do hospital no uso dos seus recursos. São vistos do ponto de vista do interesse dos donos, acionistas, cotistas ou do governo no caso de hospital público.

01	O hospital avalia séries históricas de indicadores financeiros (no mínimo 2 sub-itens): 1) Faturamento líquido 2) Lucro líquido 3) Retorno do investimento 4) Liquidez geral 5) Porcentual da execução orçamentária 6) Custo dos grandes grupos (pessoal, material e medicamentos, honorários e custos gerais) 7) Custos de serviços terceirizados	(S) (N) (NA) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRITÉRIO VIII	RESULTADOS
---------------	------------

	8) Outros (Especificar):	( )
02	O hospital apresenta tendência favorável para quase todos os resultados financeiros?	(S) (N) (NA)
03	O hospital compara seus resultados financeiros com referenciais comparativos pertinentes?	(S) (N) (NA)
04	Alguns resultados financeiros apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes (evidenciar com gráficos)?	(S) (N) (NA)

**8.3. Resultados Relativos às Pessoas**

Este item procura avaliar o grau de satisfação das pessoas que trabalham no hospital, relativo as condições de trabalho, treinamento e bem estar.

01	O hospital avalia séries históricas de indicadores que expressam o grau de satisfação/insatisfação das pessoas que nele trabalham (no mínimo 2 sub-itens):	(S) (N) (NA)
	1) Absenteísmo	( )
	2) Rotatividade	( )
	3) Condições de trabalho	( )
	4) Relações com a chefia?	( )
02	O hospital avalia séries históricas de indicadores relacionados com o desenvolvimento das pessoas:	(S) (N) (NA)
	1) Horas-homem/treinamento:	( )
	a) Geral	( )
	b) Por grupo profissional	( )
	2) Investimentos em programas de desenvolvimento:	( )
	a) Por grupos profissionais	( )
	b) Porcentual sobre faturamento/orçamento	( )
	3) Outros (especificar):	( )
03	O hospital avalia séries históricas de indicadores de acidentes de trabalho:	(S) (N) (NA)
	1) Número de funcionários acidentados (com ou sem afastamento) no ano, por tipo de acidente	( )
	2) Número de funcionários afastados no ano, por tipo de acidente	( )
	3) Número de dias perdidos por funcionário/ano	( )
	4) Outros (especificar):	( )
04	O hospital avalia séries históricas de indicadores sobre doenças ocupacionais:	(S) (N) (NA)
	1) Taxa de doenças ocupacionais e não ocupacionais/1000 pessoas/ano	( )
	2) Número de dias perdidos no ano, por 100 pessoas	( )
	3) Outros (especificar):	( )
05	O hospital apresenta tendência favorável para quase todos os resultados relativos às pessoas?	(S) (N) (NA)
06	O hospital compara seus resultados relativos às pessoas com referenciais comparativos pertinentes?	(S) (N) (NA)
07	Alguns resultados relativos às pessoas apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes (evidenciar com gráficos)?	(S) (N) (NA)



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

**CRITÉRIO VIII RESULTADOS****8.4. Resultados Relativos aos Fornecedores**

Este item busca os resultados da relação do hospital com seus fornecedores e parceiros. Importante também a avaliação das relações com serviços terceirizados.

01	O hospital tem resultado da qualidade dos serviços de seus parceiros/terceirizados?	(S)	(N)	(NA)
02	O hospital tem resultados da conformidade na entrega de produtos pelos fornecedores?	(S)	(N)	(NA)
03	O hospital avalia resultados da otimização de custos com fornecedores?	(S)	(N)	(NA)
04	O hospital apresenta tendência favorável para quase todos os resultados relativos aos fornecedores?	(S)	(N)	(NA)
05	O hospital compara seus resultados relativos aos fornecedores com referenciais comparativos pertinentes?	(S)	(N)	(NA)
06	Alguns resultados relativos aos fornecedores apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes (evidenciar com gráficos)?	(S)	(N)	(NA)

**8.5. Resultados Relativos aos Serviços**

O item avalia os processos fim e de apoio do hospital. Buscam-se indicadores da qualidade dos processos comparando-os com padrões de desempenho. Os padrões são definidos pelas boas práticas, literatura etc. diferentemente dos resultados verificados no item 8.1. onde são avaliados na perspectiva do usuário.

01	O serviço de diagnóstico por imagem avalia séries históricas de:	(S)	(N)	(NA)
	1) Taxa de repetição de exames	( )		
	2) Consumo de material por exame (filmes, contraste, seringas etc.)	( )		
	3) Perdas de filmes?	( )		
02	O hospital avalia séries históricas de:	(S)	(N)	(NA)
	1) N° de internações	( )		
	2) N° de consultas ambulatoriais	( )		
	3) N° de consultas novas	( )		
	4) N° de cirurgias?	( )		
03	São avaliados os resultados dos procedimentos de enfermagem?	(S)	(N)	(NA)
04	O hospital avalia séries históricas de indicadores relativos aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (no mínimo 2 sub-itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Produção e produtividade no laboratório	( )		
	2) Produção e produtividade na radiologia	( )		
	3) Produção e produtividade no serviço de hemoterapia	( )		
	4) Produção e produtividade em outros SADT's	( )		
	5) Porcentual de repetição de coleta para exames de laboratório	( )		
	6) Outras (especificar):	( )		
05	O hospital avalia séries históricas de indicadores para os serviços de apoio técnico (no mínimo 2 sub-itens):	(S)	(N)	(NA)
	1) Produção e produtividade na farmácia	( )		
	2) Produção e produtividade na enfermagem	( )		
	3) Taxa de entregas atrasadas em medicamentos da farmácia	( )		



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

<b>CRITÉRIO VIII</b>	<b>RESULTADOS</b>
----------------------	-------------------

	4) Produção e produtividade na nutrição	( )	
	5) Taxa de reclamações com relação à alimentação	( )	
	6) Outras (especificar)?	( )	
06	O hospital avalia séries históricas de indicadores relacionados aos seus serviços e processos organizacionais (no mínimo 5 sub-itens):	(S) (N) (NA)	
	1) Porcentual de reinternações pelo mesmo diagnóstico	( )	
	2) Taxa de erro de medicação	( )	
	3) Índice de escaras em pacientes crônicos	( )	
	4) Índice de infecção hospitalar	( )	
	5) Porcentual de quedas da cama/maca/mesa	( )	
	6) Taxa de cesareana	( )	
	7) Taxa de ocupação hospitalar	( )	
	8) Índice de rotatividade dos leitos	( )	
	9) Média de permanência	( )	
	10) Taxa de complicações/intercorrências na internação	( )	
	11) Tempo de espera para limpeza de sala cirúrgica	( )	
	12) Taxa de ocupação das salas cirúrgicas/de parto	( )	
	13) Tempo médio de espera por consulta ambulatorial	( )	
	14) Taxa de mortalidade institucional	( )	
	15) Outras (especificar)?	( )	
07	O hospital avalia séries históricas de requisições atendidas/mês sobre o total de requisições no serviço de manutenção?	(S) (N) (NA)	
08	O hospital avalia séries históricas do percentual de perdas de roupa/ano?	(S) (N) (NA)	
09	O hospital avalia séries históricas de contas glosadas pelos convênios/mês?	(S) (N) (NA)	
10	O hospital tem séries históricas sobre o tempo gasto para emissão de fatura?	(S) (N) (NA)	
11	O hospital tem séries históricas sobre o tempo de indisponibilidade média de equipamentos para reparo/ano?	(S) (N) (NA)	
12	O hospital tem séries históricas sobre o tempo médio de limpeza por quarto?	(S) (N) (NA)	
13	O hospital apresenta tendência favorável para quase todos os resultados relativos aos processos fins e de apoio?	(S) (N) (NA)	
14	O hospital compara seus resultados relativos aos processos fins e de apoio com referenciais comparativos pertinentes?	(S) (N) (NA)	
15	Alguns resultados relativos aos processos fins e de apoio apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes (evidenciar com gráficos)?	(S) (N) (NA)	

**8.6. Resultados Relativos à Sociedade**

O item busca avaliar como o hospital satisfaz as necessidades da sociedade como um todo e não apenas daquela parcela de clientes. São avaliados indicadores do grau de satisfação da sociedade não com os requisitos ditados pela missão do hospital, mas com aqueles ditados por sua função social mais ampla, como instituição da comunidade e veículo da cidadania.

01	O hospital tem algum resultado demonstrativo de sua ação junto à sociedade?	(S) (N) (NA)	
----	-----------------------------------------------------------------------------	--------------	--



Item	REQUISITO DA QUALIDADE
------	------------------------

CRITÉRIO VIII	RESULTADOS
---------------	------------

02	O hospital tem algum resultado demonstrativo da participação da comunidade na unidade?	(S)	(N)	(NA)
03	O hospital tem séries históricas da quantidade de resíduos produzidos e, propriamente, coletados?	(S)	(N)	(NA)
04	O hospital tem séries históricas que demonstrem sua preocupação com consumo de energia?	(S)	(N)	(NA)
05	O hospital tem séries históricas que demonstrem sua preocupação com consumo de água?	(S)	(N)	(NA)
06	O hospital apresenta tendência favorável para quase todos os resultados relativos à sociedade?	(S)	(N)	(NA)
07	O hospital compara seus resultados relativos à sociedade com referenciais comparativos pertinentes?	(S)	(N)	(NA)
08	Alguns resultados relativos à sociedade apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes (evidenciar com gráficos)?	(S)	(N)	(NA)

**8.7. Resultados Organizacionais**

Aqui avalia-se a evolução do hospital frente ao Projeto de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos
------------------------------------------------------------------------------------------------------

01	O hospital apresenta tendência favorável para os resultados obtidos com a auto-avaliação?	(S)	(N)	(NA)
----	-------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	------



<b>Critério</b>	<b>Pontuação Máxima</b>
<b>P. Perfil</b>	<b>25</b>
<b>I. Liderança</b>	<b>25</b>
1.1. <i>Sistema de Liderança</i>	7
1.2. <i>Cultura da Excelência</i>	11
1.3. <i>Análise Crítica do Desempenho Global</i>	7
<b>II. Estratégias e Planos</b>	<b>45</b>
2.1. <i>Formulação das Estratégias</i>	18
2.2. <i>Operacionalização das Estratégias</i>	18
2.3. <i>Planejamento da Medição do Desempenho Global</i>	9
<b>III. Clientes</b>	<b>45</b>
3.1. <i>Imagem e Conhecimento do Mercado</i>	27
3.2. <i>Relacionamento com Clientes</i>	18
<b>IV. Sociedade</b>	<b>25</b>
4.1. <i>Responsabilidade Socioambiental</i>	15
4.2. <i>Ética e Desenvolvimento Social</i>	10
<b>V. Informações e Conhecimento</b>	<b>45</b>
5.1. <i>Gestão das Informações do Hospital</i>	22
5.2. <i>Gestão das Informações Comparativas</i>	18
5.3. <i>Desenvolvimento do Capital Intelectual</i>	5
<b>VI. Gestão de Pessoas</b>	<b>45</b>
6.1. <i>Sistemas de Trabalho</i>	13
6.2. <i>Educação, Treinamento e Desenvolvimento</i>	19
6.3. <i>Bem-estar e Satisfação das Pessoas</i>	13
<b>VII. Gestão de Processos</b>	<b>45</b>
7.1. <i>Gestão de Processos</i>	27
7.2. <i>Gestão de Processos Relativos aos Fornecedores</i>	9
7.3. <i>Gestão Financeira</i>	9
<b>VIII. Resultados</b>	<b>200</b>
8.1. <i>Resultados Relativos aos Clientes e ao Mercado</i>	50
8.2. <i>Resultados Financeiros</i>	40
8.3. <i>Resultados Relativos às Pessoas</i>	40
8.4. <i>Resultados Relativos aos Fornecedores e Parceiros</i>	10
8.5. <i>Resultados Relativos aos Processos Fins e de Apoio</i>	25
8.6. <i>Resultados Relativos à Sociedade</i>	10
8.7. <i>Resultados Organizacionais</i>	25
<b>Total</b>	<b>500</b>



## ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

### Glossário

Os conceitos e definições aqui apresentados não têm a pretensão de normalizar terminologia, refletindo, apenas, o significado dos termos utilizados no Roteiro Projeto de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos.

**ALTA DIREÇÃO:** Abrange os executivos ou líderes de escalões superiores, que compartilham a responsabilidade principal pelo desempenho e resultados da organização.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Verificação profunda e global de um projeto, produto, serviço, processo ou informação quanto a requisitos, objetivando identificar problemas e propor soluções.

**APLICAÇÃO:** Disseminação e uso do enfoque pela organização.

**BENCHMARKING:** Modelo para examinar em detalhe algum processo, prática de gestão ou produto da organização e compará-lo com um processo, prática ou produto similar que esteja sendo executado de maneira eficaz e eficiente, na própria ou em outra organização, visando a implementação de melhorias significativas.

**CAPITAL INTELECTUAL:** Conjunto de ativos intangíveis representados pelo acervo de conhecimentos e geradores do diferencial competitivo, que agregam valor à organização. O capital intelectual pode abranger, entre outros:

Ativos de mercado: potencial que a empresa possui em decorrência dos intangíveis relacionados ao mercado, tais como: marca, clientes, lealdade dos clientes, negócios recorrentes, canais de distribuição, franquias etc.

Ativos humanos: benefícios que o indivíduo pode proporcionar às organizações por meio de sua expertise, criatividade, conhecimento, habilidade para resolver problemas, tudo visto de forma coletiva e dinâmica.

Atividades de propriedade intelectual: aqueles que necessitam de proteção legal para proporcionar benefícios às organizações, tais como: know-how, segredos industriais, copyright, patentes, desings etc.

Ativos de infra-estrutura: tecnologias, metodologias e processos empregados, como sistema de informação, métodos gerenciais, bancos de dados etc.

**CLIENTE:** Destinatário dos produtos da organização. Pode ser uma pessoa física ou jurídica. É quem adquire (comprador) ou quem utiliza o produto (usuário/consumidor).

**COMPARAÇÃO COM AS MELHORES PRÁTICAS:** Processo contínuo de comparação de práticas de gestão, que pode incluir a comparação de estratégias, procedimentos, operações, sistemas, processos, produtos e serviços. Essa comparação é feita com organizações líderes reconhecidas no mercado, inclusive com líderes de ramos de atividade diferentes dos da organização, para identificar as oportunidades para melhoria do desempenho.

**COMPETÊNCIA:** Mobilização de conhecimentos (saber), habilidades (fazer) e atitudes (querer) necessários ao desempenho de atividades ou funções, segundo padrões de qualidade e produtividade requeridos pela natureza do trabalho.





## **ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS**

**CONTROLE:** Métodos utilizados para verificar se os padrões de trabalho das práticas de gestão estão sendo cumpridos, estabelecendo prioridades, planejando e implementando ações de correção, quando necessário.

**CONHECIMENTO:** É constituído pela tecnologia, pelas políticas, pelos procedimentos, pelas bases de dados e documentos, bem como pelo conjunto de experiências e habilidades da força de trabalho. É gerado como resultado da análise das informações coletadas pela organização.

**CORRELAÇÃO DE INDICADORES:** Envolve o estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, em que os resultados de um influenciam os demais.

**DESDOBRAMENTO:** Ato de desenvolver, de estender, de abrir, de aprofundar ou de fracionar uma prática de gestão, um plano de ação, uma diretriz estratégica ou um enfoque.

**DESEMPENHO:** Resultados obtidos dos principais indicadores de processos e de produtos, que permitem avaliá-los e compará-los em relação às metas, aos padrões, aos referenciais pertinentes e a outros processos e produtos. Mais comumente, os resultados expressam satisfação, insatisfação, eficiência e eficácia, e podem ser apresentados em termos financeiros ou não.

**DESEMPENHO GLOBAL:** Síntese dos resultados relevantes para a organização como um todo, levando-se em consideração todas as partes interessadas. É o desempenho planejado pela estratégia da organização.

**DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS:** Conjunto de orientações que a organização deve seguir, como, por exemplo, missão, visão, políticas e códigos de conduta.

**DISPONIBILIDADE DA INFORMAÇÃO:** Um dos aspectos relativos à segurança das informações que assegura que os usuários autorizados terão acesso às elas sempre que necessário.

**ENFOQUE:** Como uma organização trata os requisitos dos Itens, ou seja, os métodos e os processos que utiliza.

**ESTRATÉGIA:** Caminho escolhido para posicionar a organização de forma competitiva e garantir sua continuidade no longo prazo, com a subsequente definição de atividades e competências inter-relacionadas para adicionar valor de maneira diferenciada às partes interessadas. É um conjunto de decisões que orienta a definição das ações a serem tomadas pela organização. As estratégias podem conduzir a novos produtos, novos mercados, crescimento das receitas, redução de custos, aquisições, fusões e novas alianças ou parcerias. Podem ser dirigidas a tornar a organização um fornecedor preferencial, um produtor de baixo custo, um inovador no mercado e/ou um provedor de serviços exclusivos e individualizados. As estratégias podem depender ou exigir que a organização desenvolva diferentes tipos de capacidades, tais como agilidade de resposta, individualização, compreensão do mercado, manufatura enxuta ou virtual, rede de relacionamentos, inovação rápida, gestão tecnológica, alavancagem de ativos e gestão da informação.

**ESTRUTURA DE CARGOS:** Aspecto relacionado a responsabilidade, autonomia e tarefas atribuídas às pessoas, individualmente ou em grupo, sendo também conhecida como perfil de cargos, descrição de cargos, descrição de funções e perfil de funções.



## **ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS**

**FORÇA DE TRABALHO:** Pessoas que compõem uma organização que contribuem para a consecução das suas estratégias, dos seus objetivos e das suas metas, tais como empregados em tempo integral ou parcial, temporários, autônomos e contratados de terceiros que trabalham sob supervisão direta da organização.

**FORNECEDOR:** Qualquer organização que forneça bens e serviços. A utilização desses bens e serviços pode ocorrer em qualquer estágio de projeto, produção e uso dos produtos. Assim, fornecedores podem incluir distribuidores, revendedores, prestadores de serviços terceirizados, transportadores, contratados e franquias, bem como os que suprem a organização com materiais e componentes. São também fornecedores os prestadores de serviços das áreas de saúde, treinamento e educação.

**INDICADORES:** Dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo. Os indicadores são usados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo e podem ser classificados em: simples (decorrentes de uma única medição) ou compostos; diretos ou indiretos em relação à característica medida; específicos (atividades ou processos específicos) ou globais (resultados pretendidos pela organização); e direcionadores (drivers) ou resultantes (outcomes).

**INFORMAÇÕES COMPARATIVAS PERTINENTES:** Informações oriundas de referenciais selecionados de forma lógica, não casual. Podem ser representados por informações sobre resultados alcançados por outras organizações, assim como pela forma de funcionamento das práticas de gestão, e características e desempenhos de produtos. Existem quatro tipos básicos de referencial: competitivo (por exemplo, informações dos concorrentes); similar (baseado em dados de organizações que, embora não sejam concorrentes, apresentam características similares de porte, tecnologia ou outras); de excelência (organização de reconhecida competência, Classe Mundial); e de grande grupo (dados baseados em muitas empresas não similares, obtidos, por exemplo, de grupo de benchmarking).

**METAS:** Níveis de desempenho pretendidos para determinado período de tempo.

**MISSÃO:** Razão de ser de uma organização, as necessidades sociais a que ela atende e seu foco fundamental de atividades.

**NECESSIDADES DOS CLIENTES:** Conjunto de requisitos, expectativas e preferências dos clientes ou das demais partes interessadas.

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO:** Maneira pela qual as pessoas são organizadas ou se organizam em áreas formais ou informais, temporárias ou permanentes, tais como equipes de solução de problemas, equipes departamentais ou multidepartamentais, comitês, áreas funcionais, equipes de processos, equipes da qualidade, células ou grupo de trabalho e centros de excelência.

**PADRÃO DE TRABALHO:** Regras de funcionamento das práticas de gestão, que podem estar sob a forma de diretrizes organizacionais, procedimentos, rotinas de trabalho, normas administrativas, fluxogramas, quantificação dos níveis que se pretende atingir ou qualquer meio que permita orientar a execução das práticas. O padrão de trabalho pode ser estabelecido tomando como critérios as necessidades das partes interessadas, as estratégias, requisitos legais, nível de desempenho de concorrentes, informações comparativas pertinentes, normas nacionais e internacionais entre outros.



## **ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS**

**PARTES INTERESSADAS:** Indivíduo ou grupo de indivíduos com interesse comum no desempenho da organização e no ambiente em que opera. A maioria das organizações possui as seguintes partes interessadas: (1) clientes, (2) força de trabalho, (3) acionistas e os proprietários, (4) fornecedores e (5) sociedade. A quantidade e a denominação das partes interessadas pode variar em função do perfil da organização.

**PLANOS DE AÇÃO:** Principais propulsores organizacionais, resultantes do desdobramento das estratégias de curto e longo prazos. De maneira geral, os planos de ação são estabelecidos para realizar aquilo que a organização deve fazer bem feito para que sua estratégia seja bem sucedida. O desenvolvimento dos planos de ação é de fundamental importância no processo de planejamento, para que os objetivos estratégicos e as metas estabelecidas sejam entendidas e desdobradas para toda a organização. O desdobramento dos planos de ação requer uma análise do montante de recursos necessários e a adoção de medidas de alinhamento para todas as unidades de trabalho. O desdobramento pode também exigir a capacitação de algumas pessoas da força de trabalho ou o recrutamento de novas pessoas.

**PRÁTICAS DE GESTÃO:** Atividades executadas regularmente com a finalidade de gerir uma organização, de acordo com os padrões de trabalho. São também chamadas de processos de gestão, métodos ou metodologias de gestão.

**PROCESSO:** Conjunto de recursos e atividades inter-relacionadas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Essa transformação deve agregar valor na percepção dos clientes do processo e exige um certo conjunto de recursos. Estes podem incluir pessoal, finanças, instalações, equipamentos, métodos e técnicas, numa seqüência de etapas ou ações sistemáticas. O processo poderá exigir a documentação da seqüência das etapas por meio de especificações, procedimentos e instruções de trabalho, bem como a definição adequada das etapas de medição e controle.

**PRODUTIVIDADE:** Eficiência na utilização de recursos. Embora a palavra seja freqüentemente aplicada a um só fator, como mão-de-obra (produtividade do trabalho), máquina, materiais, energia e capital, o conceito de produtividade também se aplica ao total dos recursos consumidos na obtenção de um produto. A produtividade global, também denominada fator de produtividade total, é calculada pela combinação da produtividade dos diferentes recursos empregados na obtenção de um produto. Essa combinação geralmente requer uma média ponderada dos indicadores de produtividade, compondo um só fator. Normalmente, os pesos atribuídos são proporcionais aos custos de cada recurso. A utilização de um indicador composto, como o fator de produtividade total, permite determinar se o efeito global das mudanças no processo é benéfico ou não, possivelmente envolvendo interação dos recursos. Enfoques eficazes para a gestão do desempenho requerem que a produtividade com um só fator ou a produtividade total seja compreendida e medida, especialmente quando o caso for complexo, existindo grande variedade de custos e de benefícios potenciais.

**PRODUTO:** Resultado de atividades ou processos. Considerar que:

o termo produto pode incluir serviços, materiais e equipamentos, informações ou uma combinação desses elementos;

um produto pode ser tangível (como, por exemplo, equipamentos ou materiais) ou intangível (por exemplo, conhecimento ou conceitos), ou uma combinação dos dois;

um produto pode ser intencional (por exemplo, oferta aos clientes), ou não-intencional (por exemplo, um poluente ou efeitos indesejáveis).



## **ROTEIRO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS**

**QUALIDADE:** Totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, organização ou combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.

**QUALIDADE DE VIDA:** Dinâmica da organização do trabalho que permite manter ou aumentar o bem-estar físico e psicológico da força de trabalho, com a finalidade de se obter total congruência entre as atividades desenvolvidas no trabalho e as demais atividades da sua vida, preservando a individualidade das pessoas e possibilitando seu desenvolvimento integral.

**RECURSO NÃO-RENOVÁVEL:** É um recurso que o homem não pode reproduzir ou fabricar, como o petróleo e a água.

**RECURSO RENOVÁVEL:** É um recurso que pode ser reproduzido ou fabricado, como a madeira.

**REFERENCIAL DE EXCELÊNCIA:** Prática ou resultado considerado o melhor da classe. O termo também pode designar uma organização, processo ou produto, reconhecido como o melhor no mundo, no país, na região ou no ramo de atividade.

**REQUISITOS:** Tradução das necessidades dos clientes ou das demais partes interessadas, expressas de maneira formal ou informal, em características objetivas para o produto ou sua entrega. Exemplos de requisitos incluem prazo de entrega, tempo de garantia, especificação técnica, tempo de atendimento, qualificação de pessoal, preço e condições de pagamento.

**SISTEMA DE LIDERANÇA:** Conjunto de atividades e práticas voltadas para o exercício da liderança, isto é, os procedimentos, os critérios e a maneira como as principais decisões são tomadas, comunicadas e conduzidas, em todos os níveis da organização.

**TENDÊNCIA:** Comportamento do conjunto de resultados ao longo do tempo. Para analisar a tendência é preciso a apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos. A frequência de medição deve ser coerente com o ciclo de aprendizado e deve ser adequada para apoiar as análises críticas e a tomada de ações corretivas e de melhoria.

**VALORES ORGANIZACIONAIS:** Entendimentos e expectativas que descrevem como os profissionais da organização se comportam e nos quais se baseiam todas as relações organizacionais.

**VISÃO:** Estado que a organização deseja atingir no futuro. A visão busca propiciar o direcionamento dos rumos de uma organização.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)