

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**EDLENE JOVITA SILVA RALO**

**QUALIDADE EM SERVIÇO NA SAÚDE AUDITIVA INFANTIL:  
AGENDAMENTO, ESPERA E PERMANÊNCIA**

**MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA**

São Paulo  
2010

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**EDLENE JOVITA SILVA RALO**

**QUALIDADE EM SERVIÇO NA SAÚDE AUDITIVA INFANTIL:  
AGENDAMENTO, ESPERA E PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profa. Dra. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes.

São Paulo  
2010

Ralo, Edlene Jovita Silva

Qualidade em serviço na saúde auditiva infantil: agendamento, espera e permanência. / Edlene Jovita Silva Ralo. – São Paulo, 2010. 100 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia. Área de concentração: Clínica Fonoaudiológica. Linha de Pesquisa: Audição na Criança. Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes.

Quality in Hearing Health Services for Children: Schedule, waiting time and length of consult.

1. Saúde Auditiva 2. Qualidade em serviço 3. Fluxo de pacientes 4. Processos

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação através de fotocópias ou meios eletrônicos.

---

**Edlene Jovita Silva Ralo**

São Paulo, janeiro de 2010.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM  
FONOAUDIOLOGIA**

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Léslie Piccolotto  
Ferreira

Vice-coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Dóris Ruth Lewis

**EDLENE JOVITA SILVA RALO**

**QUALIDADE EM SERVIÇO NA SAÚDE AUDITIVA INFANTIL:  
AGENDAMENTO, ESPERA E PERMANÊNCIA.**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Beatriz C. A. C. Novaes - Presidente

---

Profa. Dra. Beatriz de Castro Andrade Mendes

---

Profa. Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini

---

Profa. Dra. Doris Ruth Lewis

---

Profa. Dra. Marisa Frasson de Azevedo

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*À Deus e a Medalha Milagrosa, por me iluminarem e  
protegerem sempre. E por colocar pessoas especiais e  
insubstituíveis em minha vida.*

*Ao meu marido **Marcelo**, amor da minha vida! Pelo  
incentivo, pelo companheirismo, por sonhar comigo e  
acreditar em mim.*

*Te amo monsss!*

*A minha filhinha **Marcela**, pelo teu sorriso,  
pelo teu olhar, pelo teu abraço. É por você filha  
que tudo faço! A mamãe te ama!!!*

*Aos meus amados pais **Luizmar** e **Eva**, pela educação, pela oportunidade de ter me tornado uma profissional e pelo amor incondicional. Agora mais do que nunca sei reconhecer os carinhos e os cuidados que tiveram, afinal também sou mãe e não tenho palavras para agradecê-los. Obrigada por serem meus pais. Amo Vocês!*

*Ao meu irmão **Luiz Carlos** pela amizade e cumplicidade sempre. Lilica a mana te ama!*

*A minha sogra **Giselda** por ter me acolhido como uma filha e por cuidar tão bem da minha filhinha enquanto me ausentava para realizar este sonho “Mestrado”.  
Muito Obrigada de Coração!*

*Agradeço imensamente à minha orientadora Profa Dra **Beatriz Novaes**, pelo profissionalismo, pela paciência, disponibilidade, pelas orientações valiosas sobre o mestrado e sobre a vida. Aprendi muito ao seu lado sobre vários aspectos, principalmente pela maneira belíssima que atende os pacientes. Pelo seu empreendedorismo, pela visão extraordinária que tem sobre a Fonoaudiologia.*

*Muito obrigada pela oportunidade de crescer mais profissionalmente e pessoalmente ao seu lado.*

*Meu reconhecimento é eterno!*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me dar força, me guiar e iluminar o meu caminho sempre.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz C. A. C. Novaes, minha orientadora, incentivadora, por acreditar no nosso projeto, pelas orientações valiosas, pela diferença que fez no meu desempenho profissional e pessoal e por me fazer enxergar como uma gestora.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz C. A. Mendes, pelas importantes reflexões na Banca de Qualificação, pelos ensinamentos durante os atendimentos no CeAC, pelo seu empreendedorismo e por compartilhar seus conhecimentos como gestora.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Célia Bortoleto Amantini, pelas significativas sugestões na Banca de Qualificação.

À Mestre Fga Renata Figueiredo, pelas preciosas contribuições na pré-qualificação e pelas orientações no CeAC.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Clay Rienzo Balieiro, pelos ensinamentos nas supervisões do aprimoramento de audiologia educacional.

Ao Prof. Dr. Orozimbo Costa Filho, pelas transmissões de conhecimentos e experiências sobre a audiologia durante as aulas.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Teresa Maria Momensohn dos Santos, pelo carinho, pelas brilhantes aulas ministradas, foi um privilégio ser sua aluna.

A todos os professores que contribuíram com a minha formação: à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Aita, à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alina Sanches, Prof<sup>a</sup> Marisa Viana, à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Míriam Silveira, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angelina Martinez, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dóris Ruth Lewis, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Claudia Cunha, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Friedman, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ieda Chaves Pacheco Russo, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Maria Freire, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Léslie Piccolotto

Ferreira, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luiza Ficker, Prof. Dr. Fernando Leite, Prof. Dr. Alfredo Tabith e tantos outros que, de alguma forma, me despertaram o interesse de pesquisar, buscar e me atualizar.

À Marilei e ao Caio, secretários do CeAC, que contribuíram imensamente para que este trabalho fosse concluído. Obrigada pelo carinho, disponibilidade e ajuda.

Aos meus pais Luizmar e Eva, e a meu irmão Luiz Carlos (Lilika), pela linda e unida família. Obrigada Lilika por ajudar nas digitações dos quadros.

Ao meu marido Marcelo, pelo amor, carinho, dedicação, respeito. E pela realização da estatística desta pesquisa. Obrigada por fazer parte da minha vida.

À minha linda filhinha Marcela, que foi gerada e concebida durante o sonho “mestrado” - a sua chegada me incentivou ainda mais a concluir este sonho.

À minha sogra Giselda, por ter me acolhido como uma filha e por cuidar com tanto carinho e amor da minha filha durante as minhas ausências devido ao estudo.

À Ritinha, por cuidar tão bem da minha casa, das minhas coisas, para que eu pudesse me dedicar aos estudos com tranquilidade. E pelo carinho que tem pela minha filha.

Aos meus familiares, que estão entre nós e os que vivem em minha memória, pela torcida por esta conquista.

À minha prima Fernandinha Freitas, pelo carinho e por ajudar nas digitações dos quadros.

Ao meu primo Prof. Moraes, pelas orientações durante toda minha vida escolar, lembrando que “sempre devemos nos atualizar, nunca podemos parar de estudar”.

Às minhas grandes e eternas amigas mineiras, Claudinha Alencar, Dani Abrahão, Rê Santos, Joana Salomão, Mel Paula, Vanessa Martinelli, Macau Pinto, Fernanda Belo e Rosângela Silva, pela troca de sonhos, pensamentos, companheirismo, coragem, sorrisos e lágrimas.

Às minhas amigas paulistanas, Fga Adriana Minciotti, Fga Celi Uzum, Andréa, Clau, Lu, Cintia, Claudinha Vairollete, Dani e Karlinha pelas longas conversas, pelos momentos de alegria e descontração.

À minha amiga e colega Fg<sup>a</sup> Paula Couto Fortes, pelo incentivo dado para que eu iniciasse o mestrado e pelas dicas no decorrer dele. Obrigada de coração!!!!

Às amigas queridas Tati, Nayara e Clarissa, pelos momentos difíceis e divertidos pelos quais passamos.

Aos amigos do mestrado Fg<sup>o</sup>s, Rafaela, Thelma, Beatriz, Gabriela, Mabel, Carol, Tiago, Aline, Bruna, Ju Habiro, Ju Rezende, Michele, Elisa, Talita. Foi um grande prazer conhecê-los e compartilhar esta etapa tão importante de nossas vidas.

Às estagiárias da graduação Jackeline e Alessandra, pelas confecções do “quadro-fluxo”. Obrigada pelo carinho e disponibilidade. Vocês me ajudaram muito no momento em que mais precisei!

Às alunas do estágio de docência, Michelle, Cátia, Eliane, Rafaella, Joana e Tracy. Adorei compartilhar este aprendizado com vocês!

À Virgínia querida, secretária do programa de pós-graduação, pela paciência, ajuda e informações prestadas com exatidão e carinho.

Ao João e Graça, pelas informações de material bibliográfico.

Ao CAPES, pela bolsa de estudos concedida.

Ao CeAC e Derdic, pela permissão para realização da pesquisa.

À Claudia Perrotta, pela revisão extraordinária do português.

À Jane, pela bela formatação feita no trabalho.

Todos vocês são parte do que hoje sou e daquilo que ainda quero ser.

## RESUMO

**Introdução:** Muito se tem dito e escrito, em todas as áreas, sobre gestão de serviços, indicadores de qualidade e satisfação dos clientes. Poucos estudos têm discutido essa temática na Fonoaudiologia. Assim, medir qualidade em serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização e coordenação das atividades desenvolvidas, sendo o escopo dessa medição a busca por melhorias. **Objetivo:** Descrever e analisar processos envolvidos na qualidade do serviço - agendamento, espera e permanência - prestado em um centro de saúde auditiva de alta complexidade cuja demanda são bebês e crianças até os três anos de idade com risco para perda auditiva ou que já possuem esse diagnóstico. **Método:** Foram selecionados três períodos semanais com rotinas semelhantes dos serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI do Centro de Audição na Criança. A coleta de dados foi realizada durante nove meses. Os dados foram coletados por meio de quatro instrumentos: Agenda do CeAC, Quadro fluxo de procedimentos por pacientes no dia, Prontuários dos pacientes e Formulário de Seleção e Adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (SUS) e Mapa dos espaços. **Resultados:** Na distribuição de procedimentos dos serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI a consulta otorrinolaringológica e o exame VRA são os procedimentos mais realizados, totalizando em 871 exames. Verificou-se que 37% do público alvo chega ao local do atendimento com mais de duas horas de antecedência. O tempo médio de permanência dos pacientes durante o atendimento é de 02h:13m. Houve um aumento de uma hora em média quando PEATE era realizado. Os fonoaudiólogos não aderiram ao preenchimento das colunas sobre o horário de saída dos pacientes em 47% dos registros. **Conclusão:** Os resultados permitiram compreender melhor sobre a rotina de um serviço de saúde auditiva, o funcionamento de um cenário com complexidade na multiplicidade de atendimentos e as dificuldades em registrar. Ressaltamos, então, a necessidade dos profissionais da saúde, principalmente os fonoaudiólogos se inteirar cada vez mais sobre os aspectos de gestão de serviços e contribuir com a Rede de Saúde Auditiva.

**Palavras Chaves:** saúde auditiva, qualidade de serviço, fluxo de pacientes, processos operacionais, criança, deficiência auditiva.

## SUMMARY

**Introduction:** Management of health services has been thoroughly discussed in the literature related to quality standards and client satisfaction. However, very few publications discuss the issue in the Field of Speech Language Pathology and Audiology. Recent publication of Hearing Health Policy in Brazil have raised the need for measurements of quality of the services, aiming at planning, organization and coordination of activities resulting in better services. **Goal:** The goal of the present study is to describe and discuss processes related to quality services, in particular, time spent in the waiting room, duration of services, an process of scheduling appointments in a Hearing Health Service of High Complexity, specialized in children from birth to three years of age. **Method:** Three typical periods of diagnostic and hearing aid selection and adaptation of the Centro de Audição na Criança/Derdic were selected. Data collection lasted for nine months, and was obtained through: Schedules for each Day, Patient-flow chart, Children's files and floor plan of the Center. **Results:** Medical consultation and Visual Response Audiometry - VRA were the most frequently performed procedures, 871 of the 2617 procedures performed. 37% of the families arrive at the service at least two hours ahead of scheduled. The mean length of consult was 2 hours and 13 minutes. There was an increase of one hour when ABR was performed. Professionals were not reliable in adding information related to time of departure (only 47% of the total). **Conclusion:** The results allowed for a thorough understanding of the processes involved in the daily routine of exams for diagnostic process and hearing aid selection and adaptation in a High complexity service of Hearing Health. The complexity of a service with multiple procedures is difficult to register, but the information provided can bring significant improvement in the quality of the processes. The need for greater involvement of speech pathologists and audiologists in quality management is emphasized, regarding its implications for the implementation of the Hearing Health System.

**Key words:** Hearing Health, Quality of service, patient-flow, operational processes, hearing impaired children.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
CeAC	Centro Audição na Criança
DA	Deficiência Auditiva
DERDIC	Divisão de Educação e Reabilitação de Distúrbios da Comunicação
EOA	Emissões Otoacústicas
EOAET	Emissões Otoacústicas Evocadas por estímulo transiente
EOAPD	Emissões Otoacústicas Evocadas - produto de distorção
IC	Implante Coclear
IMT	Imitanciometria
JCIH	Joint Committee on Infant Hearing
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
PNASA	Política Nacional de Atenção a Saúde Auditiva
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico e Estado Estável
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RN	Recém-nascido
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAI	Sistema Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
SNAC	Sistema Nervoso Auditivo Central
SNC	Sistema Nervoso Central
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
VRA	Visual Reinforcement Audiometer /Audiometria de Reforço Visual

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Responsável pelo Centro Audição na Criança. ....	75
ANEXO 2 - Quadro Fluxo de Procedimentos por Paciente no Dia Realizados no Centro Audição na Criança. ....	76
ANEXO 3 - Formulário de Seleção e Adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual - Portaria SAS/MS Nº 587, de 07/10/2004.....	77
ANEXO 4 - Planta Baixa Distribuição de Salas do Centro Audição na Criança	90

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Descrição e ordem das colunas compostas pelo quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no Centro Audição na Criança.....	41
QUADRO 2 - Análise dos casos extremos - datas em que ocorreram número significativo de faltas. ....	51
QUADRO 3 - Análise dos casos extremos - datas da coleta em que ocorreram um número significativo de atendimentos realizados no Centro Audição na Criança. ....	52
QUADRO 4 - Análise dos múltiplos retornos: casos extremos em que o paciente compareceu três ou mais vezes (dois ou mais retornos). ....	55
QUADRO 5 - Descrição dos dados utilizados para análise dos dez casos extremos sobre as chegadas com antecedência dos pacientes ao Centro Audição na Criança. ....	59
QUADRO 6 - Relevâncias sobre o tempo de permanência durante os atendimentos realizados pelo Serviço de Diagnóstico, contendo média, tempo mínimo e máximo e desvio padrão.....	62
QUADRO 7 - Características dos casos extremos de pacientes que permaneceram por um longo tempo durante o atendimento.....	64
QUADRO 8 - Sobre a adesão ao preenchimento do quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC.....	66

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Organização dos registros utilizados na análise. ....	45
TABELA 2 - Distribuição dos três períodos semanais e porcentagem dos mesmos em relação ao fluxo de atendimento. ....	49
TABELA 3 - Distribuição dos atendimentos dos períodos A, B e C contendo a média, desvio padrão, mínimo e máximo de ocorrência.....	49
TABELA 4 - Distribuição do nº de Retornos e Pacientes atendidos pelo Serviço de Diagnóstico com suas respectivas porcentagens.....	54

## LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Gráfico da distribuição dos números de procedimentos realizados nos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI no período estudado.....47
- FIGURA 2 - Gráfico da distribuição dos pacientes atendidos ao longo das semanas.....50
- FIGURA 3 - Distribuição dos horários de chegadas dos pacientes ao CeAC no período estudado.....57
- FIGURA 4 - Distribuição da idade dos pacientes que chegam antecipadamente ao CeAC para atendimento. ....59
- FIGURA 5 - Tempo médio de permanência durante os atendimentos por semana. O eixo vertical representa o tempo e o eixo horizontal, o número de semanas.....62
- FIGURA 6 - Ocorrência do não preenchimento das colunas referente ao horário de saída do paciente no quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no Centro Audição na Criança. A linha vertical representa o número de não preenchimento e a linha horizontal, o número de semanas.....67
- FIGURA 7 - Exemplo de quadro-fluxo em preenchimento ao longo de um dia de atendimento.....68

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>7</b>
3.1. O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva .....	8
3.2 Processos de diagnóstico e reabilitação na deficiência auditiva na infância.....	14
3.3 Indicadores de qualidade .....	19
3.4 Gestão e Organização do Serviço em Saúde .....	25
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>35</b>
4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	36
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	36
4.3 MATERIAL .....	37
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	38
4.5 PROCEDIMENTOS .....	39
4.5.1 Estudo do campo de atuação.....	39
4.5.2 Quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC .....	40
4.5.3 Treinamento sobre a marcação do quadro-fluxo.....	41
4.5.4 Consulta nos prontuários e Formulário de Seleção e Adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (SUS) dos casos extremos.....	42
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	42

<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>44</b>
5.1. ORGANIZAÇÃO DA AGENDA E DISTRIBUIÇÃO DE PROCEDIMENTOS .....	46
5.1.1 Distribuição de procedimentos dos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI .....	46
5.1.2 Distribuição dos atendimentos por períodos .....	48
5.1.3 Análise dos casos extremos: possíveis causas da variação do número de atendimentos .....	51
5.1.4 Análise dos casos extremos - números de retornos dos pacientes e condições de exames .....	54
5.2 ESPERA DO PACIENTE .....	57
5.2.1 Horário de chegada: perfil dos pacientes .....	57
5.2.2 Análise dos casos extremos - estudo dos pacientes que chegaram com mais de duas horas de antecedência .....	58
5.3 TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA INSTITUIÇÃO .....	61
5.3.1 Tempo de permanência do paciente durante o atendimento no Serviço de Diagnóstico .....	61
5.3.2. Análise dos casos extremos - estudo dos atendimentos com longo tempo de permanência: características dos pacientes e procedimentos realizados .....	63
5.4 O IMPACTO DA ADESÃO AO QUADRO-FLUXO DE PROCEDIMENTOS POR PACIENTES NO DIA .....	65
<b>6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>70</b>
<b>7. ANEXOS</b> .....	<b>74</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>91</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	<b>101</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

---

Devido às constantes mudanças e transformações nas últimas décadas, muito se tem dito e escrito, em todas as áreas, sobre novas tecnologias, modelo de excelência, gestão de serviços, indicadores de qualidade, satisfação dos clientes. Em diversos setores, esses aspectos são questão de sobrevivência e levam a uma constante busca da lucratividade operacional, com a necessidade de, cada vez mais, satisfazer o consumidor.

Na área da saúde, essa realidade não é diferente. Cresce o número de profissionais e prestadores de serviços que precisam se atualizar, capacitar e se aprimorar para permanecerem em um mercado de trabalho cada vez mais exigente. Há também diversas leis, órgãos regulamentadores e fiscalizadores, conselhos e comissões que influenciam a qualidade dos serviços prestados.

Assim, medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente (BITTAR, 2001).

Porém, poucos estudos têm discutido essa temática na Fonoaudiologia. Sendo assim, a presente pesquisa se propõe a abordar os indicadores de qualidades em um serviço de saúde auditiva, de modo a compreender seu funcionamento, enfatizando a preocupação e satisfação dos profissionais envolvidos e dos usuários.

A pesquisa foi realizada em uma clínica especializada no atendimento a crianças deficientes auditivas abaixo de três anos de idade, denominada Centro Audição na Criança (CeAC), que faz parte da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação - DERDIC, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da PUC-SP.

O CeAC se caracteriza como um Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade e oferece aos bebês de risco e portadores de deficiência auditiva intervenção terapêutica, diagnóstico e acompanhamento. A clínica também tem espaço para serviços de apoio e orientação às famílias, além de funcionar como laboratório para pesquisas relacionadas à função

auditiva, plasticidade cerebral, prevenção, diagnóstico, intervenção e reabilitação voltados a crianças com perda auditiva congênita ou adquirida durante a primeira infância (NOVAES, 2006).

Este estudo se articula com os objetivos da Linha de Pesquisa Audição na Criança, ampliando outros dados levantados no CeAC e visando contribuir para a sua administração por meio de informações transformadas em otimização dos processos desenvolvidos nesse serviço de alta complexidade, tendo em vista a qualidade e segurança no atendimento e satisfação dos pacientes e suas famílias.

Outra contribuição importante é a mensuração dos processos e procedimentos atuais e o estabelecimento de protocolos de agendamento dos exames no CeAC por meio de indicadores de qualidade e quantidade de serviço.

A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva demanda estudos que permitam o aprimoramento da gestão de processos, de modo a contribuir para sua implementação em todo o território nacional, com repercussões significativas para outros serviços de saúde.

A dissertação foi ordenada pela seguinte maneira:

No capítulo sobre a revisão de literatura consideramos diversos conceitos que constituem o entorno da temática discutida: abordamos o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: são apresentadas as portarias que a compõem e os procedimentos envolvidos. O sistema de referência e contra-referência, abordagens sobre acesso e acolhimento, oferta e demanda. Descrevemos sobre o Processo de diagnóstico e reabilitação na deficiência auditiva na Infância: são destacados estudos sobre diagnóstico e intervenção precoce, procedimentos, importância da família. Destacamos os Indicadores de Qualidade: são abordados alguns aspectos sobre os conceitos de qualidade e satisfação dos clientes. E abordamos também a Gestão e Organização do Serviço em Saúde: gestão, organização e planejamento.

No capítulo dedicado à descrição do método descrevemos sobre o os quatro instrumentos utilizados durante a coleta dos dados, os critérios de

seleção e seus procedimentos, bem como a utilização do quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia como um indicador de qualidade.

No capítulo seguinte expomos os resultados dos dados analisados e a discussão que foi gerada a partir desta análise: organização da agenda e distribuição de procedimentos, tempo de espera do paciente, tempo de permanência do paciente e impacto da adesão ao quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia.

Por fim apresentamos os resultados encontrados e listamos as considerações mais relevantes.

## **2. OBJETIVO**

---

- Descrever e analisar processos envolvidos na qualidade do serviço - agendamento, espera e permanência - prestado em um centro de saúde auditiva de alta complexidade cuja demanda são bebês e crianças até os três anos de idade com risco para perda auditiva ou que já possuem esse diagnóstico.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

---

Este capítulo foi dividido em quatro partes: na primeira - **O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva** - são apresentadas as portarias que a compõem e os procedimentos envolvidos. São abordados também o sistema de referência e contra-referência, acesso e acolhimento. Na segunda - **Processo de diagnóstico e reabilitação na deficiência auditiva na infância** - são destacados estudos sobre diagnóstico e intervenção precoce, procedimentos e importância da família no processo. Na terceira - **Indicadores de qualidade** - são abordados alguns aspectos sobre a gestão de serviços, controle de qualidade, tecnologia de informação e satisfação dos clientes. Na quarta e última - **Gestão e organização do serviço em saúde** - são apresentados os modelos de gestão, organização e planejamento.

### **3.1. O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é destinado a todos os cidadãos, sendo financiado com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições sociais pagos pela população aos governos federal, estadual e municipal.

A meta do SUS é tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade e adequados às necessidades dos cidadãos, independente do poder aquisitivo deles. A proposta é promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

Baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS foi norteadada pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade (a saúde é um direito de cidadania), equidade (todo cidadão é igual e deve ser atendido conforme as suas necessidades) e integralidade (o indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida).

Os princípios que regem a organização do SUS são os seguintes: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação dos Cidadãos e Complementaridade do Setor Privado.

A Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004, estabelece que a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva<sup>1</sup> seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Estado e as Secretarias Municipais de Saúde, visando:

- Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida;
- Identificar as principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva;
- Desenvolver ações transitórias;
- Definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva;
- Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil;
- Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados, permitindo que, a partir de seu desempenho, seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva;
- Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- Qualificar a assistência;
- Promover a educação continuada dos profissionais de saúde.

De acordo com a Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva é constituída a partir de três serviços fundamentais:

---

<sup>1</sup> Para maiores informações sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva acessar o site: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

- I - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva Básica: apresenta como primazia ações de promoção à saúde auditiva, de prevenção e identificação precoce de problemas auditivos.
- II - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade: deve realizar triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares, além de promover o diagnóstico de perda auditiva de crianças a partir de três anos de idade, jovens e adultos, respeitando a especificidade na avaliação exigida pelos pacientes.
- III - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade: deve realizar diagnóstico e reabilitação especializada em crianças de até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas, sejam neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais, e naqueles que apresentarem dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviços de menor complexidade.

O Centro Audição na Criança (CeAC) caracteriza-se por um Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade.

A Portaria 589 - 08/10/2004 regulamenta os formulários utilizados no subsistema APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade) - SAI/ SUS (Sistema de Informações Ambulatórias) para os seguintes processos primários:

- Avaliação para diagnóstico ou diagnóstico diferencial;
- Seleção e verificação do benefício do AASI;
- AASI: concessão/ reposição;
- Terapia fonoaudiológica (preenchida a cada três meses);
- Acompanhamento de paciente adaptado com AASI;
- Reavaliação diagnóstica - quando for observado sintoma de perda progressiva.

## Sistema de referência e contra-referência

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde, ficou determinado pela Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004:

- Art. 1º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.
- Art 2º - Definir que as Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva serão compostas pelas Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica, Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade.
- Art 3º - Estabelecer que na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde que integrarão as Redes de Atenção à Saúde Auditiva, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal devem observar os respectivos Planos Diretores de Regionalização, Planos Estadual e Municipais de Saúde e utilizar os seguintes critérios:
  - I. População a ser atendida;
  - II. Necessidade de cobertura assistencial;
  - III. Nível de complexidade dos serviços;
  - IV. Distribuição geográfica dos serviços;
  - V. Capacidade técnica e operacional dos serviços;
  - VI. Série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda; e
  - VII. Mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência.

Para FRATINI (2007) referência e contra-referência significam proporcionar ao usuário o acesso aos níveis diferenciados de complexidade, com mérito de garantir a eficácia na utilização dos recursos e a universalização do acesso, a equidade e integralidade.

## **Abordagens sobre acesso e acolhimento**

### **Acesso**

De acordo com DONABEDIAN (1979) dois aspectos da acessibilidade podem ser distinguidos: o sócio-organizacional e o geográfico. No primeiro estão incluídos tanto os atributos referentes aos recursos quanto à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter o cuidado. Também podem ser incluídas variáveis referentes ao profissional de saúde, tais como sexo e especialização, bem como as preferências do paciente. A acessibilidade geográfica, por outro lado, refere-se ao "isolamento espacial", uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para obter o cuidado.

Para MERHY et al. (1994) é necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso, acolhimento, vínculo e resolatividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural, envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população, e o aspecto funcional, pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995).

RAMOS (2003) entende por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

## **Acolhimento**

Para FRANCO et al. (1999) o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas (RAMOS, 2003).

Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

## **Abordagens sobre Oferta e Demanda**

RODRIGUES (2005) entende oferta e demanda não só como partes de uma relação restrita entre prestador e usuários, mas como ações que se dão no dia-a-dia dos serviços de saúde influenciadas por questões econômicas, políticas e culturais. Extrapolam, portanto, o trabalho nas unidades de saúde, que se constitui em um marcador contínuo, permitindo identificar limites, possibilidades e desafios para que sejam garantidas a integralidade e resolubilidade nos serviços de saúde.

A oferta de serviços de saúde está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e de recursos destinados à atenção à saúde; e demanda diz respeito à atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Para BAZZO (2009), a discussão relativa à oferta de serviços de saúde expressa o debate sobre os princípios que subjazem a capacidade dos gestores em manejar as políticas públicas de saúde consoante com o SUS.

Já as características das necessidades em saúde são de difícil identificação. Por parte dos usuários, há dificuldades no reconhecimento de um problema de saúde, pelo desconhecimento daquilo de que necessitam, pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas e pela insuficiência ou ausência de oferta dos serviços desejados. Da parte dos profissionais, a literatura adverte a identificação de necessidades de saúde no grupo populacional relacionada à lógica expansionista do mercado, ou seja, o uso nem sempre referido às exigências do próprio usuário.

Pode-se dizer que existe relativo consenso formulado pelos especialistas de que a oferta de serviços de saúde deveria ser conformada com relação às demandas e às necessidades da população. As demandas em saúde são expressas na atitude do indivíduo em procurar serviços de saúde e se beneficiar do atendimento quando consciente de seu diagnóstico.

### **3.2 Processos de diagnóstico e reabilitação na deficiência auditiva na infância**

Uma deficiência auditiva durante a infância pode trazer graves conseqüências para a criança e sua família, como dificuldade ou atraso da aquisição de fala e linguagem, impacto do diagnóstico, obstáculos no desenvolvimento psicossocial do deficiente, problemas na escola, entre outras limitações.

De acordo com estimativa OMS (2005) no mundo há 278 milhões de pessoas com perda auditiva moderada à profunda bilateralmente nas duas orelhas.

No Brasil estima-se que de três a quatro crianças em 1.000 nascem surdas, aumentando para dois a quatro em 100 recém-nascidos quando provenientes de Unidade de Terapia Intensiva. Cerca de 50 a 75% das deficiências auditivas podem ser suspeitadas por meio da triagem auditiva neonatal (NIELSEN, 2007).

Tendo em vista que a audição é de vital importância para a comunicação, vários autores têm preconizado a importância da detecção precoce da deficiência auditiva, fator crítico para melhores resultados no processo terapêutico (NORTHERN e DOWNS, 1989; JACOB e BEVILACQUA, 2001; SERBETCIOGLU, 2001; BOHRER, 2002).

GARCIA et al.(2002) e KAMINSKI (2006) afirmam que a intervenção precoce em crianças com alterações auditivas é fundamental, pois, neste período, ocorre a maturação e plasticidade funcional do Sistema Nervoso Auditivo Central (SNAC), possibilitando, conseqüentemente, melhores resultados no seu desenvolvimento global.

Segundo OLIVEIRA et al. (2002), a surdez infantil exerce um importante impacto sobre a comunidade, seja do ponto de vista econômico, envolvendo altos custos na sua detecção e reabilitação, seja do ponto de vista psicossocial, não apenas para o próprio indivíduo, como também para a sua família e mesmo para a sociedade em geral. Trata-se de uma deficiência que interfere de forma definitiva no desenvolvimento das capacidades verbais e de linguagem da criança, o que acarreta dificuldades de aprendizagem e efeitos deletérios sobre a evolução social, emocional, cognitiva e acadêmica. Torna-se assim fundamental buscar o diagnóstico precoce, de forma a aproveitar a plasticidade do Sistema Nervoso Central nas crianças mais novas.

Segundo os relatos de ALMEIDA (2001), BEVILACQUA e FORMIGONI (2003) a intervenção imediata após comprovação da deficiência auditiva é fundamental. O uso do AASI ou de outros dispositivos, como o Implante Coclear (IC) Multicanal, possibilita o desenvolvimento das habilidades auditivas e favorece o progresso da fala e linguagem.

MOELLER (2000) concluiu em seu estudo que o diagnóstico e intervenção precoce, juntamente com o envolvimento familiar melhoram o desenvolvimento da linguagem das crianças com perda auditiva.

A família é a “chave” do sucesso. Os pais passam para a criança a maior parte de informações sobre o mundo, em um percurso que vai desde o nascimento, adolescência, vida profissional e adulta (SPINELLI, 1999; RUSSO, 1999; ALMEIDA e SANTOS, 2003;).

A dinâmica familiar e o impacto da deficiência auditiva têm sido objeto de estudos, visando o conhecimento e a orientação aos profissionais que lidam com a criança e a família. A fim de que os pais venham a ter maior acesso aos atendimentos recomendados, sugere-se o desenvolvimento de um trabalho para instrumentalizá-los quanto aos direitos das crianças deficientes auditivas e quanto às iniciativas de cobrança junto ao poder público e à comunidade (MOTTI, 2000).

Nesse sentido, BOSCOLO (2000) relata que o não comparecimento dos pacientes nos retornos agendados se deve à falta de informação sobre a importância da audição no desenvolvimento da criança.

O *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH, 2008) destaca a importância da triagem auditiva neonatal universal (TANU) em todos os recém-nascidos durante sua permanência no berçário, mesmo que não apresentem risco para deficiência auditiva.

De acordo com AZEVEDO (2004) a triagem auditiva neonatal universal e seu seguimento audiológico nos primeiros anos de vida têm por objetivo a identificação precoce da deficiência auditiva; conseqüentemente, é esperado um bom prognóstico no desenvolvimento auditivo, de linguagem, na produção da fala e nas habilidades pessoais e sociais.

A avaliação audiológica infantil requer um preparo do profissional e conhecimento do desenvolvimento normal de uma criança, além da observação de seu comportamento durante o processo.

De acordo com RUSSO e SANTOS (1994) vários fatores são determinantes para o sucesso ou fracasso dos exames: o examinador, o ambiente, o material lúdico, o estímulo acústico, a criança e a família.

Também NOVAES (2005) cita alguns dos múltiplos aspectos que caracterizam o caso de cada criança e que devem ser sempre considerados: tipo e grau da perda auditiva, idade do diagnóstico, uso do aparelho de amplificação ou implante coclear, início da intervenção, disponibilidade da família, condições socioeconômicas e culturais, aspectos cognitivos e afetivos, disponibilidade de serviços na comunidade, alterações morfológicas ou outros comprometimentos. E há ainda outra questão: a expectativa em relação à capacidade auditiva da criança, aspecto que deve estar em sintonia e sincronia

com o diagnóstico e as primeiras experiências com a amplificação, e entre o médico, família e fonoaudiólogo.

De fato, a seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora (AASI) constituem parte importante do processo de intervenção dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da linguagem oral (DONINI, 2007).

MIRANDA (2003) destaca que crianças e adolescentes com algum comprometimento, seja ele neurológico ou físico, são sujeitos de direitos, e isso não significa apenas assegurar-lhes os direitos às suas particularidades, mas também sua participação no coletivo, a vivência das diferenças e consideração por suas trajetórias singulares.

Em estudo em que realizaram análise do discurso do sujeito coletivo, BOSCOLO E SANTOS (2005) observaram que as famílias reagem de forma parecida ao receberem o diagnóstico da deficiência auditiva de suas crianças, porém têm expectativas diferentes em relação às possibilidades de desenvolvimento destas. Concluíram que o fonoaudiólogo deve saber escutar os pais a fim de oferecer-lhes respostas para suas dúvidas, dar-lhes suporte e força para desabafar seus sentimentos e superar suas dificuldades ante a deficiência auditiva de seu filho.

Conforme GRAVEL E HOOD (2001) nenhum resultado de teste audiométrico pode ser considerado válido sem a verificação de outros testes. A observação, relato dos pais e a história clínica da criança também favorecem na identificação e confirmação mais precisa da deficiência auditiva e de outras alterações.

OLIVEIRA et al. (2002) destacam ainda outro fator importante: a identificação da etiologia, pois ela determina as perdas auditivas progressivas e flutuantes.

Diversos exames são necessários para que se tenha um diagnóstico fidedigno (MARTINEZ, 2004; ZOCOLI et al.; 2006 e *Joint Committee on Infant Hearing*, 2008):

Observação do Comportamento Auditivo: este teste é utilizado, sobretudo, entre o nascimento e os seis meses de idade, consistindo numa estimulação em campo livre através de um som ou ruído de grande intensidade, cuja frequência é controlada pelo operador. A resposta a procurar

pode ser uma alteração do padrão de sono ou da expressão facial, bem como o despertar do reflexo de Moro ou do reflexo cócleo-palpebral. Apresenta como principais desvantagens a não-detecção de surdez unilateral ou leve, a possibilidade de habituação à resposta e o fato de depender do fonoaudiólogo e da vigília da criança. Não deve, pois, ser utilizado isoladamente, sem métodos eletrofisiológicos.

- ***Audiometria com Reforço Visual (Visual Reinforcement Audiometry - VRA)***: é utilizada a partir dos seis meses, idade em que a criança adquire um controlo suficiente do pescoço e do tronco e a partir da qual é possível originar o binômio estímulo/ resposta condicionada. Consiste na utilização de estímulos visuais, incluindo luzes ou brinquedos em movimento, como reforço para a resposta ao estímulo auditivo.
- ***Audiometria Lúdica***: trata-se de uma progressão natural após a audiometria de reforço visual, sendo importante nas crianças já habituadas a esse teste. Utilizada com crianças a partir de 3 anos de idade, ou quando o paciente for capaz de apresentar resposta motora na presença de som. Consiste na realização de uma tarefa simples, como colocar um objeto num cesto, ou em jogos de encaixe, após a percepção do estímulo auditivo.
- ***Imitanciometria e Pesquisa do reflexo acústico***: exame de grande importância que avalia o sistema tímpano-ossicular e a via do reflexo Estapédio (VIII e VII pares cranianos), de forma objetiva e rápida e com fácil aplicabilidade. O analisador de orelha média pode realizar tradicionalmente três medidas: timpanometria, compliância estática e reflexo acústico do músculo estapediano.
- ***Emissões Otoacústicas (EOA)***: as Emissões Otoacústicas Evocadas é um método objetivo para a detecção de alterações auditivas de origem coclear. É relativamente simples, rápido, não invasivo, dispensa o uso de eletrodos e pode ser realizado em qualquer faixa etária, ressaltando-se sua aplicação em recém-nascidos. Recomenda-se para essa medida fisiológica a pesquisa das Emissões Otoacústicas Evocadas-Produto de Distorção (EOAE-PD) e as Emissões Otoacústicas Evocadas Estímulo Transientes (EOAE-ET).

- **Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE):** são medidas eletrofisiológicas utilizadas com o objetivo de prover informações sobre a integridade neural da via auditiva periférica e a configuração audiológica. Os dados obtidos por meio dos registros do Potencial Evocado Auditivo De Tronco Encefálico com utilização dos estímulos clique e frequência específica possuem algumas limitações.

RIBEIRO (2008) ressalta a necessidade de o fonoaudiólogo obter elementos suficientes para fazer encaminhamentos quanto ao diagnóstico, adaptação de AASI e processo terapêutico no acompanhamento realizado no serviço de alta complexidade.

### 3.3 Indicadores de qualidade

De acordo com ALBRECHT (1992) Qualidade em Serviços diz respeito a situações que envolvem clientes, proprietários e funcionários.

Qualidade é o nível com que os serviços de assistência à saúde prestados a pessoas ou populações aumentam a probabilidade de resultados desejáveis em saúde e estão de acordo com o conhecimento profissional atual (BERWICK, 2002).

Para DONABEDIAN (1978) o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o quanto as profissões relacionadas com a saúde obtêm sucesso ao se autogovernarem. Devem ser impedidas a exploração e a incompetência, por meio do monitoramento e vigilância contínua, de modo a se detectar e corrigir precocemente possíveis desvios.

O próprio autor, em estudo realizado mais adiante DONABEDIAN, 1990, ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

- **Eficácia:** capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer

nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

- **Efetividade:** melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
- **Eficiência:** diz respeito à medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
- **Otimização:** tornar-se relevante na medida em que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
- **Aceitabilidade:** sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
- **Legitimidade:** aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
- **Equidade:** princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é a parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Já BERWICK (2002) apresenta o que denomina as seis dimensões da qualidade na assistência ao paciente:

- Assistência Focada no Paciente - prover assistência que atenda e respeite as preferências, necessidades e valores dos pacientes.

- Assistência no Tempo Adequado - reduzir esperas e atrasos, por vezes prejudiciais àqueles que recebem e prestam os cuidados.
- Eficiência - evitar desperdícios e mau uso de suprimentos, equipamentos, idéias e energia.
- Equidade - respeito à igualdade de direito de cada um. Prover assistência cuja qualidade não varie em função de características pessoais, tais como: gênero, etnia, condições socioeconômicas ou localização geográfica.
- Efetividade - prover serviços adequados àqueles que deles se beneficiarão, com uso responsável dos recursos, ou seja, evitando uso excessivo ou insuficiente.
- Segurança do Paciente - evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

O mesmo autor (1994) destaca como aspectos a serem observados para a melhoria da qualidade dos serviços médicos e da saúde:

- O trabalho produtivo é realizado através de processos;
- Relações sólidas entre cliente e fornecedor são imprescindíveis para uma segura administração da qualidade;
- A principal fonte de falhas de qualidade são os problemas nos processos;
- A má qualidade é cara;
- A compreensão da variabilidade dos processos é a chave para melhorar a qualidade;
- O controle de qualidade deve concentrar-se nos processos;
- A abordagem contemporânea de qualidade está fundamentada no pensamento científico e estatístico;
- O envolvimento total do empregado é crucial;
- Estruturas organizacionais diferentes podem ajudar a obter melhoria da qualidade;

- A administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente inter-relacionadas: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.

Segundo BITTAR (2001) medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvos dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado, ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte.

Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados (BITTAR, 2001).

Os indicadores de meio ambiente ou meio externo são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde.

Estrutura diz respeito à parte física de uma instituição, seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros.

Processos são as atividades de cuidados realizadas para um paciente, freqüentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividades-fins, como ambulatório/emergência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e internação clínica cirúrgica para atingirem suas metas. São técnicas operacionais.

Resultados são demonstrações dos efeitos conseqüentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos

ao paciente depois que algo é feito (ou não) a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

Indicadores para eventos sentinela são instrumentos que medem o quanto é sério, indesejável e, freqüentemente, o quanto pode ser evitável um resultado nos cuidados prestados ao paciente: revisão de casos individuais dirigida para cada ocorrência.

Os atributos necessários para se obter os indicadores, segundo BITTAR (2001), são:

- Validade: grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas;
- Sensibilidade: grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os casos de cuidados nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados;
- Simplicidade: o mais simples de buscar, calcular e analisar aumenta as chances e oportunidades de utilização;
- Objetividade: todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.
- Baixo custo: indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo então abandonados.

O estudo de KLÜCK (2002) propõe a construção de indicadores de qualidade com o objetivo de buscar melhorias para o serviço, como diminuição no tempo de atendimento, utilizando-se as ferramentas necessárias de gestão, que são: planejamento, estabelecimento de objetivos e de esforços para atingir seus objetivos.

*Benchmarking* é outro instrumento gerencial, que pode ser entendido como o ato de comparar sistematicamente informações. Trata-se de um processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos de trabalho de organizações que são reconhecidas como representantes das melhores práticas, com a finalidade de melhoria organizacional. Pode também ser definido com uma marca conhecida ou elevação assumida do geral, sendo que outras elevações podem ser estabelecidas, ou ainda um padrão de

referência pelo qual outros podem ser medidos ou julgados (CORRÊA E CAON, 2006).

Segundo CAMP (1995); DRUCKER (1999); CORRÊA E CAON (2006) existem vários tipos de *Benchmarking*:

- Interno: comparação de processos semelhantes entre diferentes áreas ou subáreas do hospital. Exemplo: comparação entre atendimento (consulta) no ambulatório e no pronto-socorro;
- Funcional: comparação de processos semelhantes entre hospitais que atuam em mercados distintos. Exemplo: comparação das áreas de internação de hospitais privados com fins lucrativos e os sem fins lucrativos (ou com os hospitais públicos);
- Genérico: trata-se do sistema de reformulação contínua dos processos de uma empresa. Exemplo: contínua comparação da produtividade de várias células (áreas e subáreas) de produção de um hospital;
- Competitivo: forma mais associada ao Benchmarking. Trata-se da comparação de processos semelhantes entre concorrentes diretos. Exemplo: comparação do controle de estoques de dois hospitais. A utilização de marcador balanceado e do Benchmarking se traduz em formas metodológicas que têm como função alertar continuamente os responsáveis pelas instituições das suas posições no mercado, ocorrências de eventos e sinais normais e anormais nos programas e serviços técnicos e administrativos. Também têm como preocupação a prestação de contas à sociedade, aos acionistas e proprietários das atividades e dos resultados por eles esperados, já que contribuem com impostos ou valores para a manutenção das mesmas.

Segundo Fortes, apud TANAKA E MELO (2009) “alguns fatores são considerados importantes na percepção dos pacientes em relação à qualidade de um serviço de saúde: interesse pessoal do profissional pelo paciente;

acessibilidade (facilidade em relação ao tempo e à distância do paciente para obter o tratamento), profissionais competentes, acompanhamento por funcionários bem treinados; informações adequadas e suficientes dadas pelo profissional, pessoal sempre disposto e privacidade no atendimento. Além disso, ao avaliar o desempenho de um serviço ou de um produto, o cliente geralmente se utiliza da análise de seus principais atributos”. (p.3).

A autora enfatiza que a satisfação dos pais parece ser um indicador de qualidade a ser desenvolvido na busca da melhoria dos serviços de saúde auditiva. No entanto, questões culturais da população atendida devem ser incorporadas aos instrumentos para que estes possam representar aspectos diretamente relacionados ao serviço.

FERNANDES (2008) relata que antes de qualquer indicador de qualidade, é preciso criar um vínculo com o paciente para que este adquira confiança e credibilidade no trabalho profissional.

### **3.4 Gestão e Organização do Serviço em Saúde**

Ao se desencadear um processo de avaliação, os objetivos do serviço direto de atendimento em questão devem ser escolhidos e explicitados, estando a estratégia de avaliação, portanto, associada a essas escolhas, que seriam influenciadas pelos usuários destes serviços, profissionais diretamente ligados ao atendimento, administradores e planejadores (AKERMAN e NADANOVSKY, (1992).

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. Atualmente, há tendência de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Diante disso, observa-se a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, sugerindo uma inclinação para a superação dos contornos positivistas que marcam sua história.

Em seu estudo sobre gestão de processos e certificação para qualidade em saúde, BITTAR (2000) define certificação como um processo

pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas. A “acreditação”, que é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definem o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação. Qualidade é o grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis, dado o presente estado da arte. Pode-se afirmar que toda prestação de serviço em saúde tem dois componentes de qualidade: operacional, que é o processo propriamente dito, e outro de percepção, ou como os clientes percebem o tipo de serviço oferecido, e os prestadores se sentem na oferta que fazem.

Reproduzindo o manual de “acreditação” de hospitais para a América Latina e Caribe, o desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais. A racionalização da oferta de cuidados, visando uma melhora permanente e uma integração harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômicas, assistenciais, ensinos e pesquisas, certamente, será benéfica ao paciente e à comunidade.

BITTAR (op. cit.) preconiza ainda que algumas atitudes básicas são necessárias para a obtenção de bons resultados nos programas de saúde, entre elas:

- Definição de um sistema de informações que possibilite, em tempo real, coletar e trabalhar dados que permitam conhecer variáveis externas (do meio ambiente) e internas (institucionais) que facilitem o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle de programas e serviços de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa. Inclui-se neste sistema a pesquisa de opinião com clientes, pacientes, fornecedores, funcionários, médicos e visitantes;
- Estrutura física, organizacional e material adequado ao desenvolvimento de programas e serviços baseados nas necessidades locais e regionais;

- Normatização de todas as áreas e subáreas da instituição, inclusive com montagem de protocolos clínicos devidamente documentados e arquivados em resumos e processos implementados de acordo com documentação;
- Recursos humanos selecionados para desempenho de tarefas no ambiente hospitalar, motivados e capacitados através de investimento em treinamento comportamental e técnico constante, procurando mostrar a visão global de toda instituição, tornando a equipe a mais harmônica possível;
- Desenvolvimento de líderes comprometidos com a qualidade. Participação efetiva do corpo clínico. Profissionalização da gerência. Criação de canais de comunicação;
- Padronização de materiais permanentes, material de consumo, medicamentos, impressos e processos;
- Revisão ágil e constante dos processos, já que a rápida evolução tecnológica assim o exige. Inovação e criatividade gerencial, tecnológica e estrutural como metas;
- Realismo na avaliação de processos, buscando-se a objetividade. Utilizar-se de ferramentas da clínica, da epidemiologia, da administração e da sociologia;
- Utilização do benchmarking tanto interna como externamente para comparação de processos e resultados. Criação de indicadores próprios, qualitativos e quantitativos, simples e passíveis de utilização no mercado, baseando-se em parâmetros locais e regionais. Acrescer indicadores que possam medir o impacto socioeconômico (empregos, injeção de recursos, preservação ambiental) decorrente da instituição como unidade produtora do nível econômico terciário;
- Lembrar que qualidade sempre deve estar atrelada a baixos custos e alta produtividade.

Apesar da variabilidade de sentidos, por vezes antagônicos, o termo avaliação tem sido referido abstraindo-se sua polissemia. Sua aplicação ao campo das políticas e programas de saúde revela a diluição de um consenso sobre o seu significado, uma vez que, nesse espaço, a avaliação pode assumir

variados desenhos, na tentativa de se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo (BOSIL e UCHIMURA, 2007).

RAMOS (2003) destaca que vem crescendo a importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. O seu papel como protagonista desse sistema tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. É necessário considerar, porém, os limites inerentes a estudos baseados na percepção do usuário, cujo olhar deve ser complementar ao do técnico.

A autora transpõe essa reflexão para o contexto sanitário atual, destacando que o modelo assistencial em consolidação a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) exerce inquestionável influência na definição de um cenário, cuja especificidade se impõe reconhecer e considerar nas iniciativas de avaliação, apontando para a construção teórico-metodológica que lhe dê sustentação. Tal modelo estimula uma compreensão ampliada de saúde e prioriza a construção de práticas de cuidado tendo como pilares a integralidade e humanização.

Para NOVAES (2004) os serviços de saúde, sempre integrados a “sistemas de atenção à saúde”, constituem-se em objetos que desafiam categorizações e dificultam as análises que buscam identificar e mensurar a sua participação e seu impacto sobre os problemas de saúde de populações especificadas.

A importância, necessidade, utilidade e pertinência da realização e disseminação dos resultados de pesquisas em serviços de saúde são evidentes. Também está claro que é preciso aumentar a produção nessa área temática no Brasil, principalmente considerando-se o crescente interesse no desenvolvimento e utilização de indicadores para o monitoramento do desempenho do SUS e apoio nas decisões sobre a distribuição dos recursos financeiros para os municípios.

Segundo SCHOUT e NOVAES (2007) as organizações de saúde que desejarem obter destaque no mercado devem realizar estudos

mercadológicos minuciosos e estratégicos, bem como executar um acompanhamento interno rigoroso das práticas e resultados.

Do mesmo modo, é imprescindível o acesso atualizado de informações de pesquisas e acerca do mercado da saúde para um delineamento adequado das práticas de gestão em serviço na área. Assim, entende-se que são necessários esforços internos e externos da organização, para que a mesma seja acreditada via pareceres técnicos ou obtenha uma atuação sustentável.

Nesse sentido, percebe-se que não existe um padrão de sucesso, um guia de procedimentos a serem seguidos que irão garantir a eficácia, pois, conforme salienta SCHOUT e NOVAES (2007, p.942), é necessário que:

...exista uma cultura institucional de valorização da informação. Complementarmente faz-se necessária a implantação, pelos gestores de hospitais e dos sistemas de serviços de saúde, de propostas e instâncias que permitam a articulação tanto das perspectivas e necessidades de informação clínicas, de pesquisa e de gestão internas, e das crescentes demandas externas (econômico-financeiras, vigilância epidemiológica e sanitária, avaliação de desempenho em diferentes perspectivas etc.), e que orientem os investimentos em informática e desenvolvimento das padronizações e registros necessários.

BEVILACQUA et al. (2009) destacam que a avaliação dos serviços vem ocupando posição de destaque no planejamento e gestão em saúde, uma vez que um sistema efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços para contemplar as necessidades da população alvo e otimizar os recursos financeiros. Embora existam algumas experiências internacionais na avaliação dos serviços de saúde auditiva, sua contribuição é limitada, devido às particularidades da Política de Atenção à Saúde Auditiva de cada país. O aprimoramento dessa política no Brasil é uma consequência natural, depois do início de sua implantação, a fim de constituir serviços públicos de saúde auditiva com qualidade, não somente no ato de sua criação, mas também e principalmente na manutenção e no aprimoramento constante de processo de atendimento de pessoas com deficiência auditiva, assegurando sua efetividade. Para tanto, é imprescindível a formação profissional e o incentivo a discussões referentes à avaliação da qualidade dos serviços de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde.

GOULART E FREITAS (2008) relatam que, atualmente, apesar dos avanços teóricos sobre o trabalho humano e suas formas de organização e gerência, percebe-se no cotidiano dos serviços de saúde uma tendência de modelos gerenciais centralizadores e verticalizados, sendo que o coordenador do serviço concentra poderes para decidir e direcionar as decisões e ações. Muitas vezes, a participação e o envolvimento dos trabalhadores na discussão e reflexão da própria prática parecem inexistentes.

Os autores referem ainda que a reorganização dos serviços de saúde para atender às diretrizes do SUS parece não incorporar, ainda, formas de gerência que dêem conta de atuações criativas, inovadoras e humanizadas. Obviamente, pode-se supor que tal reorganização, que demanda mudanças tanto estruturais como nas pessoas, exige tempo, mas cumpre questionar a eficácia dos serviços de saúde administrados, segundo uma ótica verticalizada, em relação à contemplação dos princípios do SUS assegurados legalmente.

Por fim, concluíram que, no cotidiano em foco, algumas questões geram insatisfação no trabalhador, como a dificuldade de mudanças na organização por causa de problemas de ordem política e econômica; a inadequada qualidade da saúde pública e a dificuldade de acesso do usuário. Tais questões podem dificultar a implicação do profissional no trabalho e gerar posturas alienadas. Isso pode ser modificado pela sensibilização do trabalhador para a importância da sua participação nos níveis decisórios, implicando a elaboração de maneiras mais democráticas e participativas de gerência.

De acordo com BORBA E NETO (2008), o setor da saúde no Brasil pode ser dividido, de modo a um melhor entendimento prático, em dois momentos. O primeiro consiste em ações centralizadas nas instituições de saúde, focadas no indivíduo. O segundo, situado a partir da constituição de 1988, começa a abordar a saúde a partir de uma concepção mais ampla, considerando o meio circundante a pessoa, como saneamento básico, demografia, condições de trabalho e renda, saúde pública, etc. Este momento, que se desdobra até os dias de hoje, preconiza o aspecto preventivo e descentralizado e tem como marcador a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo FOGLIATTI E MATTOS (2007), as filas de espera por serviços fazem parte do dia-a-dia dos indivíduos na sociedade moderna e, como não podem ser evitadas, tendem a ser toleradas, apesar dos atrasos e inconveniências que causam. Entretanto, os processos geradores de filas podem ser estudados e dimensionados de forma a aliviar prejuízos em tempo e produtividade, assim como perdas financeiras que acarretam.

A gestão de filas é, pois, outro serviço que merece atenção gerencial, sendo importante na percepção do cliente quanto à qualidade do serviço prestado (CORRÊA E CAON, 2006).

GOLDRATT E FOX (1997) enfatizam a aplicação adequada do conceito de “gargalo” no ambiente de produção, pois este pode mudar de posição relativamente ao *set* de tarefas seqüenciadas, sendo que essa situação pode levar a perdas no sistema em função da dificuldade de identificar a posição real do “gargalo” e atribuir-lhe os cuidados necessários.

Em estudo realizado por Barros e Moccellini, apud STEIN (2004) destacam as restrições que podem ocorrer em um serviço e são definidas como:

- Comportamentais: quando o comportamento está em conflito com a realidade.
- Gerenciais: políticas gerenciais deficientes que restringem a utilização máxima dos recursos disponíveis.
- De capacidade: quando uma demanda local em um recurso excede a capacidade disponível.
- De mercado: quando a demanda de mercado é menor que a capacidade de recursos disponíveis.
- Logísticas: quaisquer problemas decorrentes dos sistemas de planejamento e controle da empresa” (p.4).

Os autores acrescentam que, pelo fato de o “gargalo” ser a principal restrição do sistema, a qualidade de sua administração é essencial para atender a demanda, o que significa manter o estágio “gargalo” do sistema no processo de transformação, reduzindo ao máximo o tempo de espera entre tarefas sucessivas e outras variáveis que afetam essa condição. Para aumentar a eficiência do sistema produtivo, o estágio “gargalo” deve ter sua administração destacada em relação ao restante do sistema, uma vez que

qualquer perda de desempenho nesse recurso significa perda direta estendida a todo o sistema.

Para SILVA (2002), toda organização tem que ser energizada para fazer o que é necessário no sentido de projetar, produzir e dar assistência técnica aos produtos e serviços que atendam às expectativas dos clientes. Devem ser ativados mecanismos para melhorar constantemente cada uma das facetas da organização, com o intuito de criar um grau cada vez maior de satisfação dos clientes. A espera é um fator percebido negativamente por eles, sendo que, apesar de o número de pacientes por semana ter aumentado, o tempo de permanência tende a diminuir.

Para MARTINS (2004), a compreensão da noção de desempenho é importante tanto do ponto de vista teórico como da gestão das organizações. Desempenho é um conceito complexo, sendo portanto praticamente impossível mensurá-lo completamente, em todas as suas dimensões. Para os estabelecimentos de saúde, essa problemática é ainda mais incerta dada à natureza do seu produto e processo de trabalho empregado. Por outro lado, a demanda por análises comparativas do desempenho é crescente, sobretudo por parte dos gestores das instituições.

De acordo com Silva, apud FAYOL e TAYLOR (2002) “perceberam que a “chave” do sucesso organizacional estava no problema do pessoal, propondo: aumentar a eficiência da organização dos operários e de sua administração e aumentar a eficiência da organização por meio da definição dos vários níveis de responsabilidade” (p. 154).

Como bem destacam SILVA et al. (2009) a avaliação de serviços de saúde, atualmente, considera especificidades de cada contexto, incluindo as relações que produzem reflexos na operacionalização das práticas. No planejamento de saúde, a avaliação deve se adequar ao escopo da intervenção ou racionalidade que dá suporte às diferentes práticas e contextos, além de considerar o caráter multidimensional, que abrange dimensões subjetivas e objetivas.

Sobre esse aspecto, MONTEIRO (2009) ressalta que as pessoas são o principal recurso das organizações. Com base nessa afirmação, as organizações modernas sentiram necessidade de revisar conceitos, técnicas e

ferramentas no âmbito da administração de gestão de pessoas. Essa exigência, aliada à crescente importância do colaborador para a construção e manutenção de diferenciais competitivos, deu origem a uma ampla discussão acerca dos mais diversos projetos envolvendo o setor responsável pela criação e manutenção de ações capazes de promover o bem-estar no interior das organizações.

Torna-se obrigatório priorizar, no planejamento das atividades da organização, aquelas voltadas para o setor de RH, capazes de aprimorar suas principais ações: captação, seleção, admissão, integração, treinamento, reciclagem e capacitação do pessoal, e tornar dinâmico todo o processo, permitindo assim que os funcionários sintam-se envolvidos com a rotina da empresa e tenham cada vez mais orgulho de fazer parte de uma organização que prioriza o bem-estar dos seus colaboradores.

A qualidade total em serviços engloba, além dos clientes externos, todos os que com ele interagem, incluindo funcionários e administradores e as demais entidades de um mercado (LAS CASAS, 2007).

Assim, conforme NETO E MALIK (2007) os desafios e as tendências para o gestor de hospitais contemporâneos deverão atentar para novos métodos e modelos jurídicos, procurando soluções mais eficazes junto aos modelos vigentes por meio de apoio técnico e qualificação constante, aprimoramentos permanentes na área de tecnologia de informação, incluindo *softwares* específicos e técnicos habilitados para o correto manuseio e interpretação de dados; contínuo aprimoramento gerencial, valendo-se de ferramentas racionalizadoras para elaboração de planejamento estratégico e gestão por processos, etc.

Na vertente sobre tecnologia de informação, BENITO E LICHESKI (2009) consideram que os sistemas de informação, enquanto instrumentos de trabalho na saúde, são importantes recursos computacionais de apoio às ações administrativo-burocráticas e àquelas ancoradas em conhecimentos técnico-científicos, sobretudo as que dependem de informações atualizadas. Estes são capazes de estruturar, operacionalizar, supervisionar, controlar e avaliar o desempenho do departamento/serviço/unidade. Para os profissionais da saúde, a necessidade de manterem-se atualizados é fundamental para aprimorar sua

prestação de serviços, garantindo-a com qualidade à clientela. Quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, frente ao compromisso que assumimos, permitindo desvendar a realidade, procurando desmascarar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade.

Com este novo instrumento de trabalho em saúde, pode-se afirmar que os profissionais de saúde poderiam estar beneficiando as suas práticas gerenciais atendendo os interesses que envolvem o trabalho e o trabalhador. A gestão do trabalho inclui ações e relações de gestão, regulação e regulamentação da atividade exercida. Dentre elas podem ser citadas: educação permanente em saúde, diretrizes de trabalho, modelos de atenção, plano de carreira, cargos e salários, saúde ocupacional, entre outros.

Com isso, uma ferramenta que garanta atualização constante e fácil acessibilidade permitiria que os profissionais planejassem e organizassem as suas ações nos seus processos de trabalho, adquirindo e aplicando os conhecimentos teóricos e práticos nas suas intervenções, buscando a solução dos problemas e a qualidade do trabalho e do trabalhador. A utilização dos sistemas de informação no processo de tomada de decisão aumenta a eficiência dos serviços prestados à clientela, pois disponibiliza profissionais capacitados e atualizados para atuarem nos serviços de saúde.

É preciso insistir no fato de que as vantagens trazidas pelos sistemas de informação são imensas, permitindo que os profissionais mudem suas perspectivas em relação a esses novos meios tecnológicos.

## **4. MÉTODO**

---

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa Audição na Criança, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

#### 4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Pelo fato de este estudo não envolver seres humanos, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética; no entanto, houve uma permissão da responsável pela instituição Centro Audição na Criança para sua realização (Anexo 1).

#### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

Está pesquisa foi realizada no Centro Audição na Criança (CeAC), que faz parte da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação - DERDIC, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), e em parceria com Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, ambos da PUC-SP.

Trata-se de um serviço de alta complexidade credenciado pelo SUS e que oferece atendimento especializado a crianças abaixo de três anos de idade, com suspeita de deficiência auditiva ou que já possuem esse diagnóstico.

Nesse local são oferecidos: triagem auditiva e monitoramento de bebês de alto risco para perda auditiva, diagnóstico audiológico, seleção e indicação de AASI, terapia fonoaudiológica, acompanhamento e orientações à família. O CeAC tem capacidade de oferecer terapia a uma parte da demanda que é criada pelo serviço de diagnóstico, sendo a outra encaminhada à rede municipal ou a outros serviços próximos às residências das famílias. Os acompanhamentos periódicos são realizados visando avaliação sistemática da audição, linguagem e envolvimento familiar, assim como monitoramento da frequência efetiva da criança na terapia.

As vagas disponibilizadas pelo CeAC podem ser espontâneas/porta-aberta ou previamente agendadas em vagas reguladas pela Secretária da Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, que entra em contato via telefone ou via e-mail para agendar sua primeira consulta. No ano de 2008, o número de fonoaudiólogos envolvidos com o trabalho foi de, aproximadamente, trinta profissionais, sendo que seis eram professoras contratadas pelo CeAC e 24, mestrandas do Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia da PUC-SP.

Além do atendimento fonoaudiológico e otorrinolaringológico, o CeAC também oferece Serviço Social, Psicologia, Neurologia. A organização da agenda desses serviços não foi registrada nesta pesquisa.

#### 4.3 MATERIAL

Os dados foram coletados por meio de quatro instrumentos:

1) Agenda do CeAC

Característica do serviço: as vagas são disponibilizadas à demanda espontânea e a convênios com hospitais para realização de triagens;

Característica da agenda escolhida para realização da pesquisa: registros de três períodos com rotinas semelhantes dos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

2) Quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia (Anexo 2)

Registros a fim de coletar quais e quantos procedimentos foram realizados no dia do período escolhido da rotina dos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI, bem como os horários de chegada e saída dos pacientes.

3) Prontuários e Formulário de Seleção e Adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (SUS) dos pacientes. (Anexo 3)

Os prontuários dos pacientes da pesquisa, que se encontram arquivados no CeAC, foram utilizados a fim de se coletar:

- Dados demográficos: endereço, idade;
- Caracterização audiológica: audição normal ou deficiência auditiva;

- Comprometimentos associados: físicos e/ou neurológicos;
- Comportamentos comuns encontrados durante os exames.

#### 4) Planta Baixa Distribuição de Salas do Centro Audição na Criança (Anexo 4)

A planta baixa com a distribuição das salas contribuiu na definição do local para colocação do quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC. Foi importante também para a escolha do local da segunda sala de VRA.

O espaço físico do CeAC possui: secretaria, sala de espera, parquinho, duas salas para atendimento médico, um berçário, um fraldário, dois banheiros, uma sala de Eletrofisiologia para realização do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), uma sala para Triagem Auditiva Neonatal, duas salas de Audiometria de Reforço Visual (VRA), uma sala para Imitanciometria e Emissões Otoacústicas, Conta também com vestuário, sala de esterilização, três salas destinadas à terapia, que inclui o processo de adaptação de aparelho e o trabalho terapêutico visando desenvolvimento de linguagem oral, uma sala de pesquisa destinada aos fonoaudiólogos para reuniões e preenchimento de prontuários. Existe, ainda, um espaço para serviço de apoio e orientação às famílias.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram selecionados três períodos semanais com rotinas de serviços semelhantes: esses atendimentos realizados foram nomeados de período A, período B e período C com rotina de diagnóstico e indicação/adaptação de AASI.

A coleta de dados foi realizada durante nove meses (março a dezembro de 2008).

Os registros foram segmentados pelos serviços: Diagnóstico e AASI.

O Serviço de Diagnóstico é composto por sete procedimentos: consulta Otorrinolaringológica (ORL), 1ª entrevista (realizada pelo fonoaudiólogo), realização de Triagem, Imitanciometria (IMT), Audiometria de

Reforço Visual (VRA), Emissões Otoacústicas (EOA), Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE). Caso necessário, são agendadas as consultas com o neurologista e psicólogo.

O Serviço de Seleção e Adaptação de AASI é composto por dois procedimentos:

- Seleção de AASI, sendo realizados assessoramento, planejamento, confecção dos moldes e seleção do aparelho auditivo de acordo com as necessidades do paciente. Após a seleção do aparelho, o paciente fica um período em experiência domiciliar;
- Adaptação de AASI e Terapia Inicial, cujo objetivo é assegurar que a criança receba em tempo integral um sinal de fala audível, consistente e confortável. O sucesso com o uso da amplificação dependerá da interação de vários fatores, tais como: grau de perda audição; quantidade e qualidade da terapia; envolvimento dos pais no programa de habilitação/ reabilitação e qualidade da adaptação do aparelho auditivo. O paciente receberá orientações e será alertado sobre os retornos periódicos ao fonoaudiólogo do CeAC.

## 4.5 PROCEDIMENTOS

### 4.5.1 Estudo do campo de atuação

- 1) Verificação das instalações: nesta etapa foi utilizado a planta baixa da distribuição de salas, que ajudou a localizar todos os ambientes e entender a estrutura física do CeAC;
- 2) Observação no funcionamento geral: foi observada a logística, quais os serviços oferecidos, os atendimentos realizados, quais os deveres dos secretários, quais os deveres dos fonoaudiólogos, o comportamento dos pacientes na sala de espera;
- 3) Registro do número de profissionais envolvidos: quantos fonoaudiólogos participavam do serviço, se havia muita rotatividade devido à parceria com o programa de estudos pós-graduados;

- 4) Verificação da organização da agenda: se o agendamento era feito por telefone, e-mails ou se havia agendamentos prévios;
- 5) Verificação do controle da agenda do dia: como os secretários avisavam os fonoaudiólogos da chegada dos pacientes ao centro, se havia registro dos pacientes ausentes, se havia justificativa por parte dos pacientes que faltavam.

#### 4.5.2 Quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC

Quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia com os processos descritos em uma planilha de *Excel*, transmitidos em uma TV de plasma de 42 polegadas, fixada em uma parede estratégica no corredor que liga as salas dos procedimentos.

O Quadro 1 mostra a ordem das colunas descritas no quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC, o responsável pelo preenchimento da coluna e o detalhamento de sua função.

<b>COLUNAS</b>	<b>PREENCHIDO POR</b>	<b>FUNÇÃO DA COLUNA</b>
<b>Dia</b>	Secretaria	Data do dia/mês/ano.
<b>Paciente</b>	Secretaria	Nome completo do paciente.
<b>Agenda/Fono</b>	Secretaria	Serviço de Diagnóstico ou AASI e o nome da Fonoaudióloga Responsável.
<b>Horário Agendado</b>	Secretaria	Horário agendado para o atendimento.
<b>Horário Chegada</b>	Secretaria	Horário em que o paciente chegou ao CeAC.
<b>Horário Saída</b>	Fonoaudiólogo	Horário em que o fonoaudiólogo terminou o atendimento com o paciente.
<b>ORL</b>	Secretaria	Otorrinolaringologista.
<b>1ª Entrevista</b>	Fonoaudiólogo	1º entrevista - realizada pelo fonoaudiólogo.
<b>Triagem</b>	Fonoaudiólogo	Triagem - exame realizado em bebês de até três meses executado pelo fonoaudiólogo.
<b>PEATE</b>	Secretaria	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - exame executado pelo fonoaudiólogo.
<b>EOA</b>	Fonoaudiólogo	Emissões Otoacústicas - exame executado pelo fonoaudiólogo.

<b>COLUNAS</b>	<b>PREENCHIDO POR</b>	<b>FUNÇÃO DA COLUNA</b>
<b>VRA</b>	Fonoaudiólogo	Audiometria de reforço visual - exame executado pelo fonoaudiólogo.
<b>AASI Seleção/Adaptação</b>	Secretaria	Procedimento executado pelo fonoaudiólogo.
<b>AASI Terapia Inicial</b>	Secretaria	Procedimento executado pelo fonoaudiólogo.
<b>Observação</b>	Fonoaudiólogo	Observações sobre o paciente, procedimento.
<b>Prontuário Preenchido Retorno</b>	Fonoaudiólogo	Se o prontuário foi preenchido e o paciente terá que retornar.
<b>Prontuário Preenchido Finalizado</b>	Fonoaudiólogo	Se o prontuário foi preenchido e o caso, finalizado.

Quadro 1 - Descrição e ordem das colunas compostas pelo quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC.

Portanto, as colunas dos processos referentes ao dia, paciente, agenda/fono, horário agendando e de chegada, ORL, PEATE, AASI Seleção e Adaptação são de responsabilidade dos secretários. As colunas dos horários de saída, 1ª entrevista, Triagem, EOA, VRA, observação, prontuário preenchido retorno ou finalizado são de responsabilidade dos fonoaudiólogos.

#### 4.5.3 Treinamento sobre a marcação do quadro-fluxo

- Treinamento oferecido aos secretários sobre a marcação do quadro fluxo: anotar o nome do paciente, horário agendado e horário de chegada;
- Treinamento oferecido aos profissionais: orientação sobre o funcionamento da legenda. Colorir a célula respectiva (planilha do Excel) do procedimento que aquele determinado paciente iria passar, naquele período. Além de sinalizar no quadro fluxo os procedimentos a realizar no paciente, o fonoaudiólogo foi designado também a anotar o horário de saída do mesmo.

Funcionamento da Legenda:

- Vermelho: realizar o procedimento;
- Amarelo: procedimento em andamento;
- Verde: procedimento realizado;
- Laranja: prontuário preenchido retorno e/ou finalizado.

#### **4.5.4 Consulta nos prontuários e Formulário de Seleção e Adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (SUS) dos casos extremos**

Registros contidos nos prontuários dos pacientes:

- Dados demográficos: idade, endereço. Para calcular a distância em Quilometragem da residência do paciente ao CeAC foi utilizado para todos os 10 casos, a ferramenta “Traçar a Rota” do site Apontador. O Apontador é constituído de serviços on-line de informação que tem por finalidade auxiliar o planejamento de deslocamentos urbanos e/ou rodoviários, disponibilizados gratuitamente através do endereço eletrônico: <http://www.apontador.com.br>.
- Caracterização audiológica: audição normal ou deficiência auditiva;
- Comprometimentos associados: físicos e/ou neurológicos;
- Comportamentos comuns encontrados durante os exames.

#### **4.6 ANÁLISE DOS DADOS**

A análise estatística de todas as informações coletadas nesta pesquisa foi inicialmente feita de forma descritiva.

Para as variáveis de natureza quantitativa, foram confeccionados tabelas e gráficos. Foram feitas análises qualitativas dos casos extremos.

Os dados foram digitados em planilhas do *Microsoft Office Excel* 2007 para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas por meio de fórmulas e manuseio de tabelas dinâmicas também do *Microsoft Office Excel* 2007. Foram analisados a média, desvio padrão, mínimo e máximo. Os principais resultados que subsidiaram a análise e que serão discutidos no capítulo seguinte são:

- N=2617 procedimentos realizados no total das agendas de diagnóstico e AASI;
- N=1678 atendimentos realizados incluindo primeiro atendimento e retornos;
- N=929 atendimentos realizados individuais somente do Serviço de Diagnóstico.

- N= 441 pacientes do Serviço de Diagnóstico em que foi possível calcular o tempo de permanência no CeAC.

Os dados foram analisados e interpretados estabelecendo-se relações entre:

- Organização da agenda e distribuição de procedimentos do CeAC: Serviços de Diagnóstico e AASI;
- Reflexo do fluxo de atendimento por período;
- Tempo de espera do paciente para ser atendido;
- Perfil do paciente: horário de chegada com antecedência, pontualidade ou atraso;
- Tempo de Permanência do paciente durante o atendimento no CeAC e suas implicações;
- Características dos pacientes e procedimentos realizados;
- Impacto do quadro fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC e adesão ao seu preenchimento.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

O presente estudo buscou, por meio da análise de processos, discutir aspectos da qualidade do atendimento prestado em um serviço de saúde auditiva, CeAC, a crianças nos primeiros anos de vida. Foram abordados procedimentos que demandam condições e equipamentos específicos para sua realização.

Este capítulo está dividido em quatro partes: organização da agenda e distribuição de procedimentos, tempo de espera, tempo de permanência do paciente na instituição e impacto da adesão ao quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia.

Na primeira parte foi abordado o processo de organização da agenda, distribuição de procedimentos e atendimentos por período, envolvendo os Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI. A segunda discute o tempo de espera do paciente até ser atendido e o perfil deste em relação aos horários de chegada: Antecedência, Pontualidade e Atraso. A terceira parte diz respeito à permanência no CeAC e suas implicações, além das relações entre características dos pacientes e procedimentos realizados. A quarta e última parte aborda o impacto da utilização do quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia e discute o processo de adesão ao seu preenchimento.

Para efeitos de análise, os registros foram agrupados da seguinte forma (Tabela 1): **por procedimento** - cada exame realizado; **por atendimento** - cada vez que o paciente compareceu para consulta; e **por paciente** - quando o perfil do mesmo estava em questão.

TABELA 1 - Organização dos registros utilizados na análise.

MÉDIA	CARACTERÍSTICA DO AGRUPAMENTO
2617	Procedimentos realizados pelos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI.
1678	Atendimentos realizados incluindo o primeiro atendimento ou retorno do paciente, envolvendo os Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI.
929	Atendimentos realizados somente pelo Serviço de Diagnóstico, podendo ser o primeiro atendimento ou retorno do paciente.
441	Pacientes atendidos pelo Serviço de Diagnóstico, sendo utilizados para calcular o tempo de permanência no CeAC. Somente foi possível analisar este número (441) devido ao não preenchimento sistemático do quadro-fluxo.

MÉDIA	CARACTERÍSTICA DO AGRUPAMENTO
488	Pacientes diferentes atendidos pelo serviço de Diagnóstico
277	Pacientes foram atendimentos uma única vez.
211	Pacientes que retornaram ao serviço de Diagnóstico
652	Atendimentos realizados com retornos.

## 5.1. ORGANIZAÇÃO DA AGENDA E DISTRIBUIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

### 5.1.1 Distribuição de procedimentos dos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI

O CeAC oferece serviços de diagnóstico, seleção e adaptação de AASI e reabilitação, envolvendo diversos tipos de exames. No período estudado de nove meses foram realizados, no total, 2617 procedimentos englobando esses serviços.

Os procedimentos do Serviço de **Diagnóstico** podem incluir: Consulta Otorrinolaringológica (ORL), Primeira Entrevista, Triagem, Imitanciometria (IMT), Audiometria de Reforço Visual (VRA), Emissões Otoacústicas (EOA), Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico e Estado Estável (PEATE e PEAE).

Os procedimentos do Serviço de **Seleção e Adaptação de AASI** são compostos por: Seleção e Adaptação de AASI / Terapia Inicial.

A Figura 1 mostra a distribuição dos números de procedimentos realizados no período da coleta.

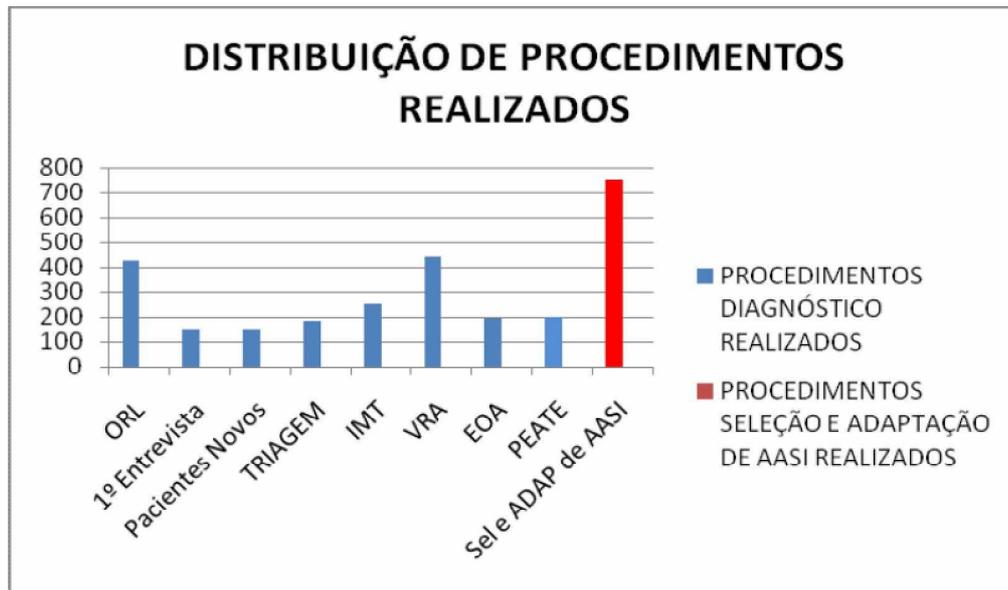


FIGURA 1 - Gráfico da distribuição dos números de procedimentos realizados nos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI no período estudado.

No período de coleta os procedimentos do Serviço de Seleção e Adaptação de AASI ainda eram marcados indiferenciadamente na agenda. Assim sendo, não foram analisados os pacientes que retornaram para procedimentos relativos à agenda de AASI, pois incluíam aqueles em terapia de adaptação que retornavam semanalmente para sessões de uma hora.

Como se pode observar, os procedimentos de ORL e VRA são os mais frequentes. O VRA é utilizado tanto no Serviço de Diagnóstico quanto no de Seleção e Adaptação de AASI. No terceiro mês de coleta, por meio do quadro-fluxo, foi identificada espera indesejada dos pacientes para a realização do VRA, relacionada às instalações, ocorrendo o típico “gargalo”; então, uma segunda cabine foi construída. Assim sendo, a partir do terceiro mês de coleta, havia duas cabines para realização do VRA. Outra variação nas condições de infra-estrutura do serviço foi à realocação do equipamento de imitanciômetro para outra sala, agilizando o processo. Neste momento foi importante utilizar a planta baixa com a distribuição das salas (ANEXO 4).

Mudanças a partir da identificação de “gargalos” são apontadas na literatura como determinantes de eficiência em serviços prestados em linha de produção. Para GOLDRATT E FOX (1997) os “gargalos” representam restrições à saída (ou *output*) do sistema de produção. Pelo fato de ser a

principal restrição do sistema, a qualidade de sua administração é essencial para atender a demanda, o que significa manter o “estágio gargalo” do sistema no processo de transformação de insumos disponível pelo maior tempo possível, reduzindo ao máximo o tempo de espera entre tarefas sucessivas e outras variáveis que afetam essa condição, como as relacionadas às filas de espera nos estágios anteriores de produção e, eventualmente, interrupções de processamento.

BARROS E MOCCELLIN (2004) em estudo realizado constataram que, em determinado sistema produtivo, restrições são todos os processos, máquinas, meios ou até comportamentos que impedem o sistema de atingir o máximo de seu desempenho. Esse é um aspecto diretamente relacionado à qualidade do serviço.

Na análise da distribuição dos procedimentos realizados no CeAC, pôde-se observar que a utilização do quadro-fluxo contribuiu para a identificação de limitações no espaço físico e adequação de distribuição de pessoal.

### **5.1.2 Distribuição dos atendimentos por períodos**

Ao longo dos nove meses de coleta de dados, foram analisados três períodos semanais na agenda com rotinas semelhantes, incluindo os Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI, doravante identificados como períodos A, B e C.

Conforme Tabela 2, o período A ocorreu 34 vezes, o B 35 vezes e o C 30 vezes, resultando em, respectivamente, 510, 600 e 568 atendimentos. Entende-se atendimento toda vez que o paciente comparece ao serviço e é submetido a algum procedimento, podendo ser a primeira vez ou um retorno. Na somatória dos períodos foram realizados 1678 atendimentos durante a pesquisa, correspondendo a 556 pacientes diferentes.

TABELA 2 - Distribuição dos três períodos semanais e porcentagem dos mesmos em relação ao fluxo de atendimento.

PERÍODO	Nº DE PERÍODOS SEMANAIS	%	Nº DE ATENDIMENTOS POR PERÍODO	%
<b>A</b>	34	34%	510	30,4%
<b>B</b>	35	35%	600	35,8%
<b>C</b>	30	30%	568	33,8%
<b>Total</b>	99		1678	

Dada a semelhança da distribuição dos atendimentos, a análise foi feita pelo total de períodos, conforme Tabela 3.

TABELA 3 - Distribuição dos atendimentos dos períodos A, B e C contendo a média, desvio padrão, mínimo e máximo de ocorrência.

ATENDIMENTO DO PERÍODO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
<b>A</b>	15	3,5	8	23
<b>B</b>	17	4	11	24
<b>C</b>	19	5,3	6	26

Por meio dessa análise, foi possível identificar a média de atendimentos semanais, estabelecendo o mínimo e máximo, permitindo a escolha dos casos extremos estudados no próximo item.

A figura 2 mostra a distribuição dos pacientes atendidos ao longo das semanas.

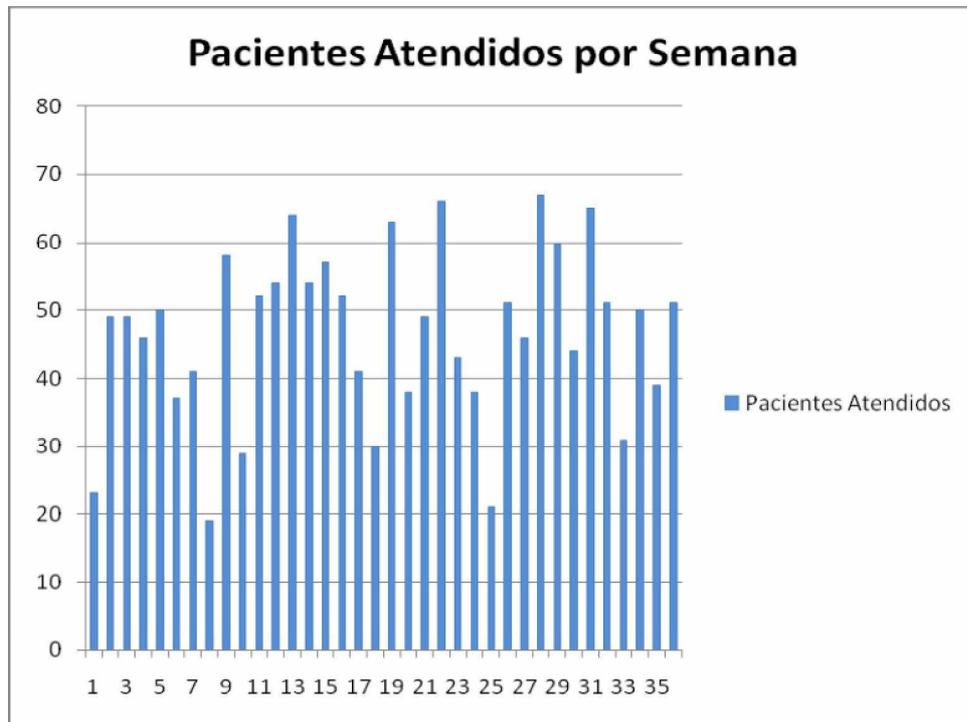


FIGURA 2 - Gráfico da distribuição dos pacientes atendidos ao longo das semanas.

Foi possível gerar esse aumento sem mudança significativa no número de profissionais; portanto, ele poderia ser atribuído à utilização do quadro-fluxo e sua influência na distribuição dos procedimentos realizados em cada paciente.

De fato, para avaliar um serviço de saúde, é preciso considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que produzem reflexos na operacionalização das práticas. Para SILVA et al. (2009) a avaliação dos serviços de saúde é concebida, tradicionalmente, a partir do número de atendimentos realizados ou do tempo de permanência do usuário na instituição. A produção desses serviços é apreendida pela diferença produzida nos indivíduos atendidos, diferença que nem sempre se traduz em medidas objetivas, mas na mudança de estado percebida pelo próprio usuário.

### 5.1.3 Análise dos casos extremos: possíveis causas da variação do número de atendimentos

A análise realizada nesta situação foi feita a partir da verificação da variação dos números de atendimentos realizados nos meses da coleta. Os Quadros 2 e 3 mostram o tempo de coleta e os números mínimos e máximos de atendimentos. Todas as agendas dos profissionais foram consultadas nas respectivas datas.

Inicialmente, foram identificadas as semanas cujo número de atendimentos era  $\leq$  a 60% do previsto, sendo realizada uma análise dos prováveis motivos dessa ocorrência, conforme descreve o Quadro 2.

MÊS DA COLETA	Nº ATENDIMENTOS PREVISTOS	Nº ATENDIMENTOS REALIZADOS	Nº DE FALTAS	%	PROVÁVEL EXPLICAÇÃO
1º mês e 1º dia de coleta	20	10	10	50	Chuva forte desde manhã com vários pontos de alagamentos.
3º mês e 69 dias de coleta	16	9	7	44	Greve de ônibus
3º mês e 49 dias de coleta	19	11	8	42	Greve de ônibus
6º mês e 156 dias de coleta	14	6	8	57	Umidade 16% Desértico estado de alerta
6º mês e 160 dias de coleta	21	9	12	57	Frente fria. Temperatura menor que 10°.
8º mês e 238 dias de coleta	21	11	10	48	Temporais. Chuvas fortes

QUADRO 2 - Análise dos casos extremos - datas em que ocorreram número significativo de faltas.

Os resultados que chamam a atenção são os meses de coleta 3 e 6. No mês 3, o que contribuiu para um número significativo de faltas foi a greve de ônibus, fato relacionado a meses de dissídio da categoria. A antecipação dessas ocorrências pode envolver planejamento de outras atividades de estudo ou discussão de casos no período com menor fluxo de pacientes.

Já no mês 6 houve mudanças climáticas, também esperadas no período de inverno, o que leva as mães a evitarem sair com as crianças, para protegerem-nas de resfriados, gripes, otites, bronquites.

Esse indicador pode auxiliar os gestores quanto à otimização ou aumento de pessoal e planejamento de estratégias sobre os cuidados com a saúde das crianças durante o inverno, pois neste período há um aumento do número de otites.

Mês da coleta	Nº de atendimentos	Outras possíveis justificativas
Mês 3	23	Demanda
Mês 3	24	Demanda
Mês 4	24	Demanda
Mês 4	25	Data próxima do início das férias
Mês 6	25	Data próxima do retorno das férias
Mês 6	25	Demanda
Mês 7	23	Demanda
Mês 7	24	Demanda
Mês 7	26	Demanda
Mês 9	23	Demanda

QUADRO 3 - Análise dos casos extremos - datas da coleta em que ocorreram um número significativo de atendimentos realizados no CeAC.

Em relação aos dias em que ocorreu um número significativo de faltas, as justificativas mais comuns, segundo os secretários, foram:

- Mudanças climáticas: chuva;
- Dificuldade financeira: familiares não tinham dinheiro para a condução;
- Doença: o paciente estava doente.

No que se refere aos dias em que ocorreu um número significativo de atendimentos, o comportamento comum se deu devido a um acúmulo nos agendamentos decorrente do cancelamento da agenda habitual, resultante de feriados, congressos, cursos.

O registro sistemático do motivo do não comparecimento do paciente pode contribuir para melhor distribuição dos espaços de agenda e de profissionais.

Os achados deste estudo em relação aos retornos dos pacientes para conclusão do diagnóstico diferem dos encontrados por BOSCOLO (2000), em que a maioria dos retornos agendados não ocorreu, mesmo sendo um serviço gratuito.

RAMOS (2003) define acessibilidade como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Para o autor, o parâmetro ideal de deslocamento ao serviço de saúde é uma caminhada de, no máximo, vinte a trinta minutos, sendo necessário se levar em conta também aspectos como custo do transporte coletivo, tempo de espera por este e tempo de deslocamento.

Para BAZZO (2009), os estudiosos que analisam a oferta de serviços de saúde indicam o aumento da demanda e do consumo desses serviços relacionados ao crescimento da oferta. Considerando essa premissa, é plausível supor também a existência de demandas e necessidades reprimidas pela insuficiente oferta de ações e de serviços públicos de saúde.

#### 5.1.4 Análise dos casos extremos - números de retornos dos pacientes e condições de exames

Para o número de retornos foi considerado cada paciente individualmente, seus atendimentos e procedimentos realizados a cada atendimento. Dos 488 pacientes atendidos no Setor de Diagnóstico, 277 (55%) compareceram uma única vez, em sua maioria crianças ouvintes. Dentre os que compareceram mais de uma vez ao serviço (211), 55% dos pacientes retornaram uma ou duas vezes e 75% retornaram, no máximo, três vezes. A distribuição do número de retornos dos 211 pacientes está na Tabela 4.

TABELA 4 - Distribuição do nº de Retornos e Pacientes atendidos pelo Serviço de Diagnóstico com suas respectivas porcentagens.

Nº de Retornos	Nº de Pacientes	%
1	86	26
2	63	29
3	33	20
4	22	17
5	4	4
6	2	2
10	1	2
	211	100%

O Quadro 4 representa alguns casos extremos de retornos, em que o paciente compareceu três ou mais vezes (dois ou mais retornos), buscando caracterizá-los.

PACIENTE	IDADE	PERDA AUDITIVA	CIDADE	RETORNOS
1	1a	PA Neurosensorial Bilateral Profunda	São Paulo	4
2	1a	PA Neurosensorial Bilateral Profunda	São Paulo	5
3	1a e 10m	PA Neurosensorial Bilateral Profunda	Santo André	3
4	2a e 7m	PA Neurosensorial Bilateral Severa	São Paulo	5

PACIENTE	IDADE	PERDA AUDITIVA	CIDADE	RETORNOS
5	1a	PA Neurossensorial Bilateral Severa	Guarulhos	4
6	1a e 7m	PA Neurossensorial Moderada na OD e Profunda na OE	Vargem Grande Paulista	3
7	3a	PA Neurossensorial Bilateral Severa	São Paulo	2
8	2a e 9m	PA Neurossensorial Bilateral Profunda	São Paulo	4
9	1m	PA Neurossensorial Bilateral Moderada	São Paulo	3
10	8m	PA Neurossensorial Bilateral Profunda	Guarulhos	2
11	2a e 6m	PA Neurossensorial Bilateral Severa	São Paulo	2
12	1a e 10m	PA Neurossensorial Bilateral Profunda	São Paulo	5

QUADRO 4 - Análise dos múltiplos retornos: casos extremos em que o paciente compareceu três ou mais vezes (dois ou mais retornos).

Podemos observar que cinco crianças apresentavam idade de 0 a 1 ano; três apresentavam idade de 1 a 2 anos e quatro, de 2 a 3 anos.

Todos os casos com dois ou mais retornos foram de crianças com perda auditiva, sendo então realizados vários procedimentos que envolvem reteste para confirmação de limiares. Além disso, alguns exames requerem condições específicas para sua realização - sono ou vigília -, o que, muitas vezes, implica em maior número de comparecimentos ao serviço.

Foram identificadas nos prontuários diversas observações sobre características dos pacientes que retornaram mais vezes para atendimento, tais como:

- Otites;
- Comprometimentos neurológicos;
- Respostas inconsistentes durante exame;
- Dificuldade para dormir na realização do PEATE.

Para a realização do exame VRA é necessário que as crianças estejam acordadas; porém, elas costumam se cansar rapidamente, sendo

necessário interromper o exame e liberá-las para descansar. Pouco tempo depois, retornam para continuar o exame.

No caso de Triagem, PEATE, EOA e IMT é necessário que a criança esteja dormindo, o que, às vezes, demora a ocorrer; também acontece de o paciente acordar durante a realização do exame, sendo preciso interrompê-lo para retomá-lo em seguida, em condições ideais.

A avaliação audiológica infantil é um processo em que há a necessidade da realização de diversos exames para que o diagnóstico da deficiência auditiva seja realmente concluído (MARTINEZ, 2004; ZOCOLI et al., 2006 e *JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING*, 2008).

Inúmeros aspectos estão, portanto, envolvidos nesse diagnóstico, tais como: precisão técnica, experiência e habilidade em conduzir os procedimentos, orientações às famílias e encaminhamento da criança para os recursos necessários, dentre os quais o AASI. De acordo com MOTTI (2000) esses fatores apontam para a conveniência da atuação de uma equipe interdisciplinar, a fim de facilitar esse momento para os pais e acolhê-los em suas necessidades e expectativas, tendo em vista o desenvolvimento da criança.

Além disso, estudos apontam que a consciência do diagnóstico desencadeia processos emocionais nos pais, que podem rejeitá-lo e procurar diferentes profissionais e opiniões mais satisfatórias, ou rejeitar o fato de que se trata de uma condição irreversível. Por isso, a maioria dos pais que procura serviços especializados já passou por exames, avaliações, anamneses, orientações e encaminhamentos e apresenta queixas sobre esses serviços e esperança de que "algo" seja feito com sucesso (MOTTI, 2000).

## 5.2 ESPERA DO PACIENTE

### 5.2.1 Horário de chegada: perfil dos pacientes

A análise do horário de chegada dos pacientes compreende os 1678 atendimentos realizados no período de nove meses, englobando os Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI. Não foi possível calcular se houve atraso ou antecipação em 80 casos, pois o horário agendado ou de chegada não foi preenchido no quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia.

Ocorreram, no período de coleta, 115 chegadas com pontualidade e 483 com atraso, sendo a média de atraso de 27 minutos e o maior atraso de 2h30. Mil pacientes chegaram com antecipação, em média, de 42 minutos. A chegada mais antecipada foi de 5h05.

A Figura 3 mostra a distribuição dos horários de chegada dos pacientes.

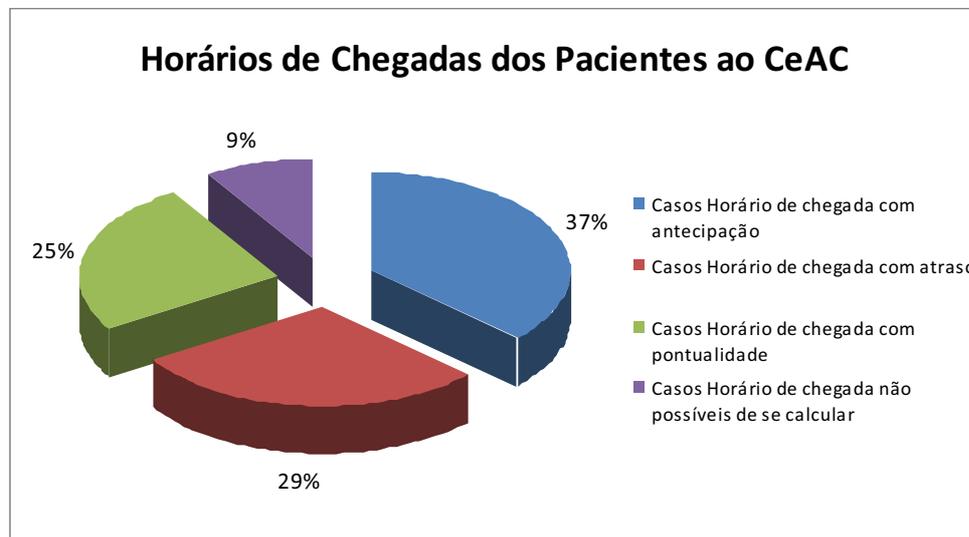


FIGURA 3 - Distribuição dos horários de chegadas dos pacientes ao CeAC no período estudado.

Como foi constatado na pesquisa, houve um número significativo de chegadas com antecipação dos pacientes no local do atendimento. Trata-se de mais um indicador de qualidade para os gestores estabelecerem estratégias sob a óptica dos pacientes e seus acompanhantes.

Para CORRÊA E CAON (2006) do ponto de vista do cliente, a sensação de espera é mais importante em sua percepção sobre o serviço que o tempo real gasto esperando. Os autores ainda referem que, como o tempo ocioso parece mais longo do que aquele em que estamos ocupados, pode-se tentar ocupar o cliente de alguma forma. No serviço estudado os exames são distribuídos conforme disponibilidade de equipamento e espaço físico. Além disso, a sala de espera conta com área externa com brinquedos que visam distrair as crianças. O ambiente também tem contribuído para propiciar o relacionamento entre as famílias em diferentes etapas do processo, diminuindo a ansiedade e a expectativa em relação aos resultados.

Para FERNANDES (2008), a pontualidade do atendimento é uma das variáveis disposicionais correlacionadas positivamente com a satisfação dos serviços prestados.

### 5.2.2 Análise dos casos extremos - estudo dos pacientes que chegaram com mais de duas horas de antecedência

O quadro 5 apresenta a descrição dos dados utilizados para análise dos dez casos extremos.

PACIENTE N=10	IDADE NO DIA DO REGISTRO	TEMPO DA CHEGADA COM ANTECEDÊNCIA	CIDADE DE ORIGEM	DISTÂNCIA EM KM ENTRE RESIDÊNCIA E O CEAC	TEMPO ESTIMADO DO TRAJETO DA RESIDÊNCIA AO CEAC (TIPO DE ROTA ESCOLHIDO: DE CARRO PELO CAMINHO MAIS CURTO)
1	1 a e 11 m	02:09	São Paulo	22,1 km	0h41
2	2 a e 11 m	02:47	São Sebastião	210 km	3h45
3	3 m	03:00	São Paulo	11 km	0h26
4	3 m	03:00	São Paulo	11 km	0h26
5	2 a e 4 m	03:03	Taboão da Serra	18,7 km	0h29

6	10m	03:09	São Paulo	17,2 km	0h28
7	9 m	03:10	São Paulo	38,2 km	0h46
8	3 m	03:30	São Paulo	15,6 km	0h26
9	7 m	03:31	Itapecerica da Serra	35,5 km	0h44
10	1 a e 11 m	05:05	Bragança Paulista	103,7 km	1h44

QUADRO 5 - Descrição dos dados utilizados para análise dos dez casos extremos sobre as chegadas com antecedência dos pacientes ao Centro Audição na Criança.

A idade considerada do paciente foi a do dia em que ocorreu a chegada com antecipação analisada.

De acordo com a Figura 4, os pacientes com menos de um ano de idade representaram 60% daqueles que chegaram antecipadamente; pacientes entre um e dois anos representaram 20% e pacientes entre dois e três anos, 20%.

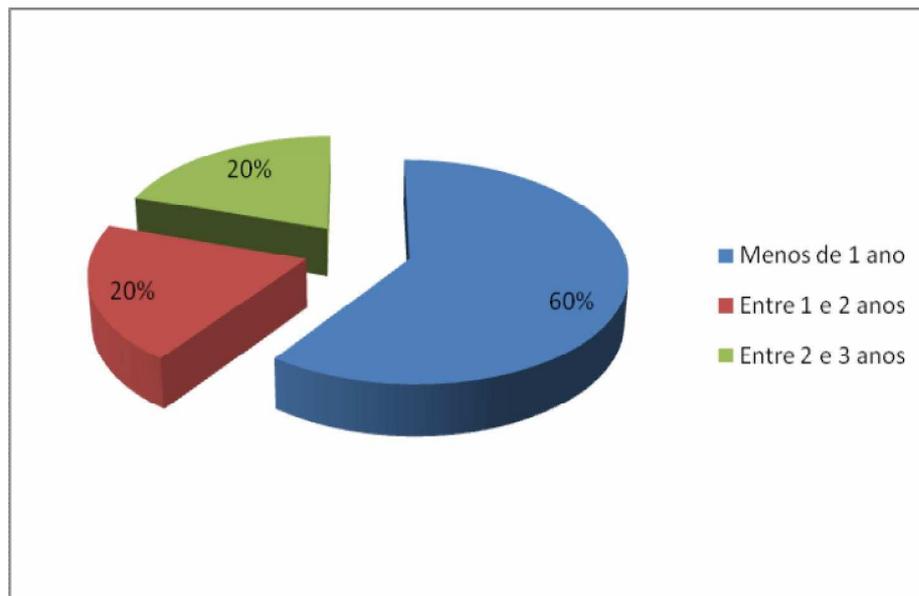


FIGURA 4 - Distribuição da idade dos pacientes que chegaram antecipadamente ao CeAC para atendimento.

Analisando as situações extremas, pode-se concluir que, provavelmente, os pacientes chegaram mais cedo devido à distância de suas moradias e porque a maioria dos casos era de bebês com menos de um ano de idade, levando a família a se antecipar em razão das dificuldades de transporte com criança de colo.

Na ocasião deste estudo, pacientes de outros municípios não eram mais encaminhados para o atendimento no CeAC. Sendo assim, apenas em dois casos o tempo estimado do trajeto da residência do paciente ao CeAC ultrapassou uma hora. É importante considerar que essa instituição se encontra na cidade de São Paulo, que, como toda grande capital, costuma ter vários imprevistos cotidianos. O tipo de rota escolhido para análise foi de carro pelo caminho mais curto; isso quer dizer que a distância e o tempo estimados do trajeto podem variar, pois dependem do tipo de transporte que os familiares dispõem e o caminho escolhido.

No que se refere à distância física entre o domicílio e os serviços de saúde, o lugar do viver individual e familiar e as organizações de prestações de serviços com características particulares têm sido problematizados nas análises sobre o acesso e acessibilidade (NOVAES, 2004).

Para FRATINI (2007), a integralidade tem, em suas dimensões, a assistência curativa e de recuperação, sendo garantida a referência e contra-referência em uma organização, proferida entre ambulatórios e hospitais, incluindo unidades e procedimentos nos diversos estados de complexidade, tendo a definição dos fluxos e os percursos compatibilizados com a demanda de cada região.

Em relação à idade das crianças, os achados deste estudo assemelham-se aos encontrados por FORTES (2009), ou seja, a metade das crianças que passaram pela primeira consulta no CeAC tinha menos de um ano de idade, o que evidencia que elas estão chegando ao serviço cada vez mais novas.

NORTHERN e DOWNS (1989) ressaltam a importância dos primeiros anos de vida da criança, pois neles ocorre o processo de maturação do sistema auditivo central concomitantemente ao desenvolvimento de fala e de linguagem.

Portanto, qualquer atraso na maturação da função auditiva pode ocasionar déficits em relação ao desenvolvimento de sociabilidade, comunicativo, emocional e escolar (KAMINSKI et al., 2006).

RIBEIRO (2005) preconiza o diagnóstico e intervenção precocemente, para que a criança tenha um bom desenvolvimento com o uso do AASI e com a intervenção fonoaudiológica.

### 5.3 TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA INSTITUIÇÃO

#### **5.3.1 Tempo de permanência do paciente durante o atendimento no Serviço de Diagnóstico**

O tempo de permanência do paciente durante o atendimento no CeAC foi calculado somente para o Serviço de Diagnóstico, pois há um número maior de procedimentos a que o paciente precisa se submeter para concluir o diagnóstico com fidedignidade. Além disso, os atendimentos do Serviço de Seleção e Adaptação de AASI e Terapia Inicial têm uma duração mais previsível.

Foram realizados 441 atendimentos envolvendo os procedimentos do Serviço de Diagnóstico. Somente foi possível analisar esse número (441) devido ao não preenchimento sistemático do quadro-fluxo (Figura 5).

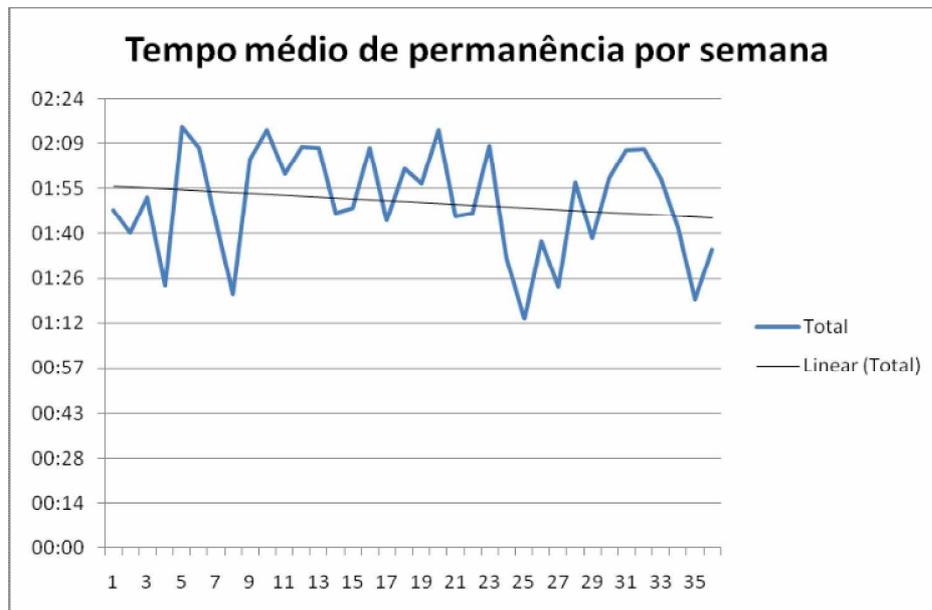


FIGURA 5 - Tempo médio de permanência durante os atendimentos por semana. O eixo vertical representa o tempo e o eixo horizontal, o número de semanas.

O Quadro 6 mostra a distribuição do tempo de permanência durante o atendimento - a média, o mínimo, o máximo de tempo e o desvio padrão.

Atendimentos Realizados pelo serviço de Diagnóstico	Relevâncias sobre o tempo de permanência durante atendimento calculadas a partir do N=441	Tempo
N=441	Média de permanência	02h13
N=441	Mínimo de permanência	00h25
N=441	Máximo de permanência	06h30
N=441	Desvio Padrão	01h05

QUADRO 6 - Relevâncias sobre o tempo de permanência durante os atendimentos realizados pelo Serviço de Diagnóstico, contendo média, tempo mínimo e máximo e desvio padrão.

Para conclusão do diagnóstico, o paciente passa por vários procedimentos, sendo que aquele que mais depende das condições emocionais e fisiológicas do paciente é o PEATE, que deve ser realizado com a criança dormindo, necessitando, na maioria das vezes, de muito tempo para sua conclusão. Nessa medida, foi feita uma segunda análise sobre o tempo de

permanência do paciente durante o atendimento com e sem o procedimento PEATE.

Dos 200 casos atendidos que realizaram o PEATE, somente em 87 foi possível calcular o tempo de permanência na instituição, sendo a média de 2h53, média essa maior que aquela apurada sobre toda a base de dados analisada. Isso quer dizer que, quando ocorrem procedimentos de PEATE, o tempo médio despendido é maior, em média, em uma hora. O tempo médio de permanência sem a realização do procedimento PEATE foi de 1h53.

Para MARTINS (2004) é difícil explicar o tempo de permanência do paciente na instituição, pois há vários determinantes para isso, como políticas organizacionais, gravidade do caso, processo de cuidado e eficiência da técnica. No presente estudo, foi possível observar que, do ponto de vista da percepção do paciente em relação à qualidade do serviço, o tempo de permanência tem implicações importantes, como necessidade de os familiares faltarem ao trabalho para acompanhar o paciente, horários de pico de trânsito, alimentação da criança, dentre outras.

### 5.3.2. Análise dos casos extremos - estudo dos atendimentos com longo tempo de permanência: características dos pacientes e procedimentos realizados

O quadro 7 aponta as características dos pacientes que permaneceram por um longo tempo no decorrer do atendimento.

Paciente	Idade no dia do exame	Tempo de Permanência	Exames realizados	Configuração Audiológica	OBS
1	2a e 3m	03h35	Peate/VRA	PA Condutiva leve à OD e OE normal	Comprometimento Neurológico
2	2a e 6m	04h05	ORL/1 entr/EOA/IMT/VRA	Audição Normal	Não dormiu no peate, criança inquieta
3	10m	03h45	ORL/VRA	PA Neurossensorial Moderada Bilateral	Chorou muito
4	2a e 11m	04h42	Peate/VRA	Audição Normal	Criança inquieta
5	3a	05h32	VRA	PA Neurossensorial Profundo Bilateral	Neuropatia

6	3a	06h30	Peate	Audição Normal	Comprometimento Neurológico
7	1a e 3m	05h03	ORL/EOA/VRA	PA Neurossensorial mod a profundo OD/ OE Normal	Criança cansada
8	3a	05h45	VRA	PA Neurossensorial Profundo Bilateral	Comprometimento Neurológico
9	10m	05h39	ORL/Peate/VRA	PA Condutiva Moderada Bilateral	Comprometimento Neurológico
10	4m	03h29	VRA	Audição Normal	Criança inquieta

QUADRO 7 - Características dos casos extremos de pacientes que permaneceram por um longo tempo durante o atendimento.

Foram identificadas nos prontuários diversas observações sobre características dos pacientes que permaneceram por mais tempo durante os procedimentos:

- Crianças maiores de 2 anos de idade;
- Comprometimentos físicos;
- Comprometimentos neurológicos;
- Crianças que choram muito;
- Crianças inquietas;
- Crianças cansadas;
- Configuração audiológica: perda auditiva neurossensorial moderada;
- Dificuldade da criança para dormir para realização de exames, em especial do PEATE;
- Dificuldade de condicionar a criança para realização do VRA.

Lembrando que o público alvo do serviço é de crianças com idade de 0 a 3 anos, observa-se que sete casos extremos ultrapassaram 4h00 de atendimento, sendo que, em média, os pacientes são atendidos em 2h13. Trata-se de um indicador que deve servir como uma ferramenta de apoio aos gestores do CeAC, que podem reorganizar a agenda para estes casos, disponibilizando mais profissionais ou dias específicos para atendê-los.

Segundo MIRANDA (2003) frente a pacientes com necessidades especiais, é freqüente a ocorrência de algumas condutas que podem dificultar o estabelecimento do vínculo entre a criança, sua família e a equipe de saúde, com efeitos desastrosos no prognóstico, tais como: atrasos nas medidas necessárias para diagnóstico, habilitação ou reabilitação.



#### 5.4 O IMPACTO DA ADESÃO AO QUADRO-FLUXO DE PROCEDIMENTOS POR PACIENTES NO DIA

Na ocasião deste estudo, a equipe de profissionais do CeAC era composta de dois secretários, três médicos, quatro fonoaudiólogos supervisores, quinze discentes do Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, além de dez estagiários e bolsistas de iniciação científica da Faculdade de Fonoaudiologia vinculados ao Grupo de Pesquisa Audição na Criança - PUCSP - CNPq. O CeAC contava, ainda, com aproximadamente vinte profissionais fonoaudiólogos, que se alternavam nos três períodos de atendimento nos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI.

Nos 1678 atendimentos houve ocorrências de não preenchimento das colunas de horários de agendamento, de chegada e de saída, conforme indica o Quadro 8.

SITUAÇÃO	HORÁRIO AGENDADO	HORÁRIO DE CHEGADA	HORÁRIO DE SAÍDA
<b>Encaixe</b>	5	0	0
<b>Ocorrência de colunas não preenchidas</b>	43	40	788
<b>Ocorrência de colunas preenchidas</b>	1630	1638	890
	<b>1678</b>	<b>1678</b>	<b>1678</b>
<b>%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,4%</b>	<b>47%</b>

QUADRO 8 - Sobre a adesão ao preenchimento do quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC.

Nota-se que, dos 1678 atendimentos, apenas em 2,6% não houve o preenchimento do horário agendado e em 2,4% não houve preenchimento do horário de chegada, adesão quase plena, provavelmente relacionada ao fato de que esse procedimento era de responsabilidade dos secretários.

Já no que se refere à anotação do horário de saída, de responsabilidade dos fonoaudiólogos, observou-se que em 47% não houve preenchimento, como mostra a Figura 6.

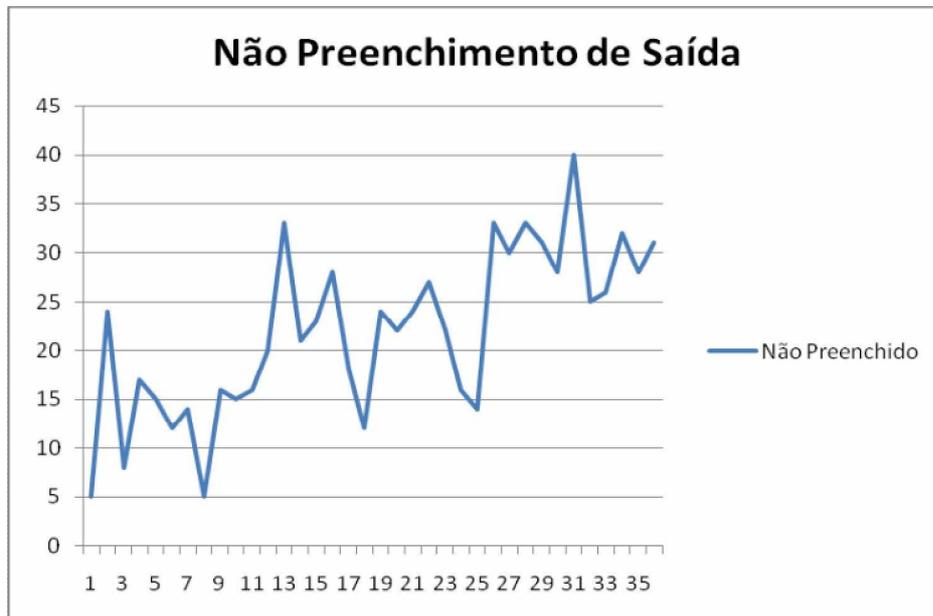


FIGURA 6 - Ocorrência do não preenchimento das colunas referente ao horário de saída do paciente no quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia realizados no CeAC. A linha vertical representa o número de não preenchimento e a linha horizontal, o número de semanas.

Nota-se que há uma demora na marcação da coluna no quadro-fluxo sobre o último exame a ser realizado e, conseqüentemente, a coluna do horário de saída fica prejudicada. Uma solução seria pedir ao fonoaudiólogo que instrísse o paciente a passar na recepção para avisar o secretário sobre o final do atendimento, para que este marcasse no quadro-fluxo o horário de saída.

Os achados deste estudo nos fazem refletir sobre a importância da estrutura organizacional em um serviço de saúde e do quanto sua eficiência depende dos profissionais envolvidos.

A figura 7 exemplifica o preenchimento do quadro-fluxo ao longo de um dia de atendimento.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S		
1	DATA	Paciente	Agenda/Profissional	Agenda	Cheg	Saida	ORL	1* Entre	Triage	PEATE	EOA	IMT	VR	AA	Sel	AA	Adap	Neur	OBS	RET	FINAL
2				11:30	11:20	15:10															
3				15:00	13:14																
4				14:30	13:12																
5				14:00	13:28	14:07															
6				14:30/15:30	13:20																
7				14:00	13:24																
8				14:50	13:31	15:00															
9				15:30	13:35																
10				15:00	13:52	15:10															
11				13:30	13:55																
12				14:15	14:00	15:00															
13				14:00	14:35																
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					

FIGURA 7 - Exemplo de quadro-fluxo em preenchimento ao longo de um dia de atendimento.

No presente estudo, o processo de treinamento para adesão ao preenchimento do quadro-fluxo foi informal, não tendo havido cobranças sistemáticas para cumprimento desse procedimento, o que acabou sendo influenciado pelo envolvimento do profissional com sua implantação. Além disso, não havia sido estabelecido um sistema de conferência ou de integração do quadro-fluxo de procedimentos por paciente no dia com a marcação de exames na secretaria. Ainda assim, sua implantação durante a coleta de dados, com a finalidade de auxiliar o andamento dos atendimentos do dia, causou impacto na equipe de profissionais.

Para KLÜCK (2002) toda implantação de melhoria no serviço deve ser conduzida com rigor e ativa participação de todos os grupos de profissionais responsáveis pela área.

De fato, a qualidade total em serviços engloba, além dos clientes externos, todos os que com ele interagem, incluindo funcionários e administradores e as demais entidades de um mercado (LAS CASAS, 2007).

Sobre esse aspecto, MONTEIRO (2009) aponta para a necessidade e importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde, no sentido de capacitá-las para os processos produtivos e também para as mudanças.

SILVA (2002) acredita que a estrutura organizacional é definida como um sistema de suporte de relacionamentos consistentes entre as várias posições dentro de uma organização. O autor afirma também que os recursos de pessoas são, talvez, os mais valiosos de uma organização, porque elas são

a sua energia vital. As pessoas provêm o conhecimento, habilidades e dirigem aquilo que cria, mantém e desenvolve as organizações. Para ter sucesso, elas devem atrair e manter indivíduos de que necessitam para alcançar seus objetivos e prosperar.

## **6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade da avaliação constante das operações de serviços para propor ferramentas originais e atingir as particularidades e características no contexto da Rede de Saúde Auditiva, particularmente em rotinas envolvendo múltiplos procedimentos e profissionais.

A organização da agenda e distribuição de procedimentos, os tempos de espera e de permanência do paciente no serviço, além do impacto da adesão ao quadro-fluxo de procedimentos por criança no dia permitiram o levantamento de aspectos importantes:

- Na distribuição de procedimentos dos Serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI, a consulta otorrinolaringológica e o exame VRA são os procedimentos mais realizados;
- A partir da identificação de uma espera indesejada dos pacientes para realização do procedimento VRA, ou seja, um “gargalo”, é fundamental que se busque uma solução, como a construção de uma segunda sala para realização desse exame, como ocorreu no segundo mês de coleta de dados;
- Foi constatada a necessidade da separação dos procedimentos de Seleção e Adaptação de AASI na implantação definitiva do quadro-fluxo;
- Há semelhança da distribuição dos atendimentos por períodos semanais, denotando uma uniformidade no serviço, mesmo com diferentes equipes;
- Houve ocorrência de faltas significativas dos pacientes devido a fatores como dificuldade de locomoção, em especial no período do inverno; porém, houve pouco registro do motivo dessas faltas, o que dificultou a análise. Estes dados são de grande valia para outros estudos ou até para ajudar nas propostas de melhorias;
- Dos 488 pacientes atendidos no Setor de Diagnóstico, 277 (55%) compareceram uma única vez, em sua maioria crianças ouvintes. Dentre os que compareceram mais de uma vez ao serviço (211), 55% dos pacientes retornaram uma ou duas

vezes e 75% retornaram, no máximo, três vezes. Com o fortalecimento do sistema de referência na Rede, é esperado que a proporção de crianças ouvintes diminua. O registro sistemático dessa informação deve permitir o monitoramento do processo, desencadeando ações apropriadas.

- Em relação ao momento de chegada dos pacientes, 37%, chegou antecipadamente ao serviço, na maioria das vezes crianças menores de um ano de idade e com mais de duas horas de antecedência, provavelmente por maior dificuldade de locomoção com crianças de colo;
- O tempo médio de permanência dos pacientes durante o atendimento foi de 2h13, sendo que quando houve necessidade de se realizar o PEATE esse tempo chegou a 2h53. O tempo médio de permanência dos pacientes que não são submetidos ao procedimento PEATE foi de 1h53.
- Na análise dos casos extremos, sete deles ultrapassaram 4h00 de atendimento, sendo a característica comum a presença de algum comprometimento neurológico;
- Os fonoaudiólogos não aderiram ao preenchimento das colunas sobre o horário de saída dos pacientes em 47%, o que sugere que o preenchimento da hora da saída deva ser feito pela secretaria visando garantir o registro;

Os resultados permitiram compreender melhor a rotina de um serviço de saúde auditiva, o funcionamento de um cenário com complexidade na multiplicidade de atendimentos e as dificuldades para realizar os registros.

Quanto às implicações dos achados, é importante destacar:

- O objetivo de registros e mensurações é identificar falhas nos processos que comprometam o funcionamento adequado do serviço como um todo ou parte dele. Essas mensurações subsidiam decisões de investimentos, quer no espaço físico quer em recursos humanos;

- É fundamental monitorar a distribuição da agenda dos serviços de Diagnóstico e Seleção e Adaptação de AASI, examinar cuidadosamente a distribuição das salas dos procedimentos, bem como verificar a sobreposição de pacientes;
- A sistematização de registro de informações no quadro-fluxo integrado a organização da agenda e ao banco de dados dos pacientes contribuem para melhoria nos processos e evitam informações desencontradas;
- Atualização de novos profissionais na adesão ao registros de processos, assim como a reciclagem de informações a novos profissionais garantem a fidedignidade dos dados armazenados;
- É importante incluir nas reuniões do serviço com os profissionais e secretários aspectos de gestão operacional, questões que acontecem no dia-a-dia, com o objetivo de buscar melhorias no serviço prestado à população, garantindo a adesão.

Ressaltamos, então, a necessidade de os profissionais da saúde, principalmente os fonoaudiólogos, se inteirar cada vez mais sobre os aspectos de gestão de serviços, contribuindo assim com a Rede de Saúde Auditiva.

## **7. ANEXOS**

---

**ANEXO 1**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO  
RESPONSÁVEL PELO CENTRO AUDIÇÃO NA CRIANÇA.**

Eu, Edlene Jovita Silva Ralo fonoaudióloga, RG SSP/MG 10.630.509 estabelecida na Rua: Soares de Avelar, nº 464, apto. 162 CEP 04306-020, na cidade de São Paulo, cujo telefone de contato é (11) 5581-2829/8386-9826, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é: Qualidade e experiências do usuário: agendamento, espera e permanência em um serviço de saúde auditiva. O objetivo deste estudo é descrever e analisar os processos desenvolvidos em um serviço de saúde auditiva de alta complexidade para crianças do nascimento aos três anos de idade visando sua otimização. Visa ainda analisar a compatibilidade do fluxo da agenda com o prontuário; analisar a capacidade de filas do CeAC através de: fluxo e espera com demanda de crianças deficientes auditivas; analisar comparativamente o tempo de atendimento e frequência com resultados obtidos nos acompanhamentos. A realização desta pesquisa justifica-se em contribuir com a administração do CeAC através de informações transformadas em otimização dos processos desenvolvidos em um serviço de alta complexidade. Não existem riscos médicos ou desconfortos associados ao desenvolvimento desta pesquisa. Tenho plena consciência de que posso me retirar deste estudo a qualquer momento. Não receberei nenhuma recompensa financeira para participar deste estudo. Todos os dados (histórico, protocolos de avaliação, exames, gravações dentre outros documentos utilizados) serão analisados apenas pela pesquisadora e orientadora.

Acredito ter sido suficiente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Qualidade e experiências do usuário: agendamento, espera e permanência em um serviço de saúde auditiva.

Eu discuti com a fonoaudióloga Edlene Jovita Silva Ralo sobre a minha decisão em permitir a sua pesquisa no Centro Audição na Criança (CeAC). Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que seu projeto é isento de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo em permitir o desenvolvimento de sua pesquisa no CeAC e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_  
Beatriz Caiuby Novaes (Responsável pelo CeAC)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome:  
Endereço:  
RG.  
Fone: ( )





**FORMULÁRIO DE SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO  
SONORA INDIVIDUAL PORTARIA SAS/MS Nº 587, DE 07/10/2004**

**II - CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA AUDITIVO**

**II.1. AVALIAÇÃO**

Avaliação nº |\_|\_|

**II.2. EXAME FÍSICO**

II. 2.a) Otoscopia

normal alterada: \_\_\_\_\_

II. 2.b) Orosopia

normal alterada: \_\_\_\_\_

II. 2.c) Rinoscopia

normal alterada: \_\_\_\_\_

**II. 3. CIRURGIA OTOLÓGICA PRÉVIA**

não sim: \_\_\_\_\_

**II.4. CARACTERIZAÇÃO DA PERDA AUDITIVA**

II. 4.a) Localização do problema

Orelha direita Orelha esquerda Bilateral

II.4.b) Caracterização orelha direita:

II.4.b.1) Tipo de perda

neurossensorial condutiva mista central

II.4.b.2) Grau de perda (média dos limiares de 500, 1000 e 2000 Hz)

normal (com perda em outras regiões de frequências)

leve moderada moderadamente severa severa

profunda sem resposta no limite do equipamento (anacusia)

II.4.b.3) Configuração

plana descendente rampa ascendente "U"

"U" invertido outras

II.4.b.4) Duração

tempo de perda: |\_|\_| anos |\_|\_| meses

II.4.b.5) Progressão

estável progressiva flutuante

II.4.b.6) Recrutamento

recrutante não recrutante

II.4.b.7) Zumbido

com zumbido sem zumbido

II.4.b) Caracterização orelha esquerda:

## II.4.b.1) Tipo de perda

Neurosensorial          condutiva          mista          central

## II.4.b.2) Grau de perda (média dos limiares de 500, 1000 e 2000 Hz)

normal (com perda em outras regiões de frequências)

leve          moderada          moderadamente severa          severa

profunda          sem resposta no limite do equipamento (anacusia)

## II.4.b.3) Configuração

Plana          descendente          rampa ascendente          "U"  
"U" invertido          outras

## II.4.b.4) Duração

tempo de perda: |\_\_|\_\_| anos |\_\_|\_\_| meses

## II.4.b.5) Progressão

estável          progressiva          flutuante

## II.4.b.6) Recrutamento

Recrutante          não recrutante

## II.4.b.7) Zumbido

com zumbido          sem zumbido

**II.5. AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA**

## II.5.a) CRFa. Fonoaudiólogo responsável

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|

## II.5.b) Limiares de audibilidade com fones

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Via óssea OD	-						-	-
Via aérea OD								
Via óssea OE	-						-	-
Via aérea OE								

## II 5.c) Logoaudiometria

## II 5.c.1) Orelha direita

LRF |\_\_|\_\_| dB LDV |\_\_|\_\_| dB

IRF monossílabos |\_\_|\_\_| dB |\_\_|\_\_|\_\_| % dissílabos |\_\_|\_\_| dB |\_\_|\_\_|\_\_| %

## II 5.c.2) Orelha esquerda

LRF |\_\_|\_\_| dB LDV |\_\_|\_\_| dB

IRF monossílabos |\_\_|\_\_| dB |\_\_|\_\_|\_\_| % dissílabos |\_\_|\_\_| dB |\_\_|\_\_|\_\_| %

## II 5.d) Níveis de desconforto a sons intensos

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	fala
OD						
OE						

## II.5.e) Imitanciometria

Timpanometria

Tipo de curva: OD \_\_\_\_\_

OE \_\_\_\_\_

Pesquisa do Reflexo Estapediano:

FREQ. HZ	LIMIAR OD	AF. D CONTRA	DIFER.	LIMIAR OE	AF. E CONTRA	DIFER
500						
1000						
2000						
4000						

## II.6. AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA COMPLEMENTAR

II.6.a) CRFa. Fonoaudiólogo responsável

|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|

II.6.b) Avaliação Comportamental

II.6.b.1) Avaliação das Respostas Comportamentais a Estímulos Sonoros.

II.6.b.1.1) Sons instrumentais

Nível mínimo de resposta a |\_|\_| dBA \_ sem resposta a |\_|\_| dBA

*startle*

RCP                      atenção                      procura da fonte

localização lateral                      localização indireta para cima/para baixo

localização indireta para cima/para baixo

simétrica                      predominância direita                      predominância esquerda

II.6.b.1.2) Voz

Nível mínimo de resposta à voz |\_|\_| dBA \_ sem resposta a |\_|\_| dBA

II.6.b.2) VRA - níveis mínimos de resposta em campo livre

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	voz
dB						

II.6.c) Avaliação Fisiológica

II.6.c.1) Otoemissões acústicas

II.6.c.1.1) Transientes/transitórias

presentes OD                      presentes OE                      ausentes

II.6.c.1.2) Por produto de distorção

presentes OD                      presentes OE                      ausentes

II.6.c.2) Potencial Evocado Auditivo

II.6.c.2.1) Orelha direita \_\_\_\_\_

II.6.c.2.2) Orelha esquerda \_\_\_\_\_

**II. 7. SINTOMAS ASSOCIADOS**

tonturas não rotatórias    vertigens    outros: \_\_\_\_\_

**II. 8. EXAMES COMPLEMENTARES**

II. 8.a) Exames laboratoriais:

normal    alterado \_\_\_\_\_

II. 8.b) Exame vestibular:

normal    alterado \_\_\_\_\_

II. 8.c) RM dos temporais:

normal    alterado \_\_\_\_\_

II. 8.d) CT dos temporais

normal    alterado \_\_\_\_\_

**II. 9. DOENÇAS ASSOCIADAS**

Diabetes    nefropatias    hipertensão    pneumopatias    cardiopatias

Neuropatias    outras: \_\_\_\_\_

**II.10. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO PROVÁVEL**

desconhecido

doenças Infecciosas:

meningite    sarampo    caxumba    toxoplasmose    rubéola congênita

outras \_\_\_\_\_

genética

uso de ototóxicos. Qual? \_\_\_\_\_

malformações congênitas. Quais? \_\_\_\_\_

causas perinatais:

trabalho de parto prolongado    anóxia    prematuridade

baixo peso ao nascimento    hiperbilirrubinemia: \_\_\_\_\_

outras \_\_\_\_\_

idiopática: \_\_\_\_\_

surdez súbita

otosclerose

pós-operatório

TCE

fratura do osso temporal

otite média crônica

outras: \_\_\_\_\_

II.10.a) CRM médico responsável

CRM | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ |

**III - CONDUTA****III.1. MÉDICO RESPONSÁVEL**

CRM |\_\_\_\_\_|-\_\_\_\_\_|

**III.2. ENCAMINHAMENTO OTOLOGIA ALTA COMPLEXIDADE**

não      sim

**III.3. CANDIDATO AO USO DE AASI**

não	acompanhamento periódico?	sim	não.
Sim	<b>média complexidade</b>	<b>alta complexidade.</b>	

**III.4. PROVÁVEL CANDIDATO AO USO DE IMPLANTE COCLEAR**

não      sim.

**IV - DADOS DO(S) APARELHO(S) AUDITIVO(S) SELECIONADO(S)****IV.1. FONOAUDIÓLOGO RESPONSÁVEL**

CRFa. |\_\_\_\_\_|-\_\_\_\_\_|

**IV. 2 . ORELHA APARELHADA**

Direita      esquerda      bilateral

**IV. 3 . TIPO DE APARELHO**

retroauricular	intra-auricular	intracanal
microcanal (CIC)		

**IV. 4 . TRANSMISSÃO DO SOM**

via aérea      via óssea

**IV. 5 . CATEGORIA DE TECNOLOGIA**

Tipo A      Tipo B      Tipo C

**IV. 6 . MOLDE / CÁPSULA****IV.6.a) Moldes para aparelhos retroauriculares****VI.6.a.1) orelha direita**

rígido	flexível			
simples	duplo	canal	concha	aberto
diâmetro padrão		efeito corneta	corneta invertida	
sem ventilação		com ventilação	_____ mm	
paralela		diagonal	externa	
comprimento padrão		longo	curto	

## VI.6.a.2) orelha esquerda

rígido	flexível			
simples	duplo	canal	concha	aberto
diâmetro padrão	efeito corneta	corneta invertida		
sem ventilação	com ventilação _____ mm			
paralela	diagonal	externa		
comprimento	padrão longo	curto		

## IV.6.b) Cápsulas para aparelhos intra-auriculares

## VI.6.b.1) orelha direita

Rígida	semi-flexível/ capa flexível
sem ventilação	com ventilação _____ mm
comprimento padrão	longa                      curta

## VI.6.b.2) orelha esquerda

Rígida	semi-flexível/ capa flexível
sem ventilação	com ventilação _____ mm
comprimento padrão	longa                      curta

## IV. 7 . SISTEMAS/CONDIÇÕES ESPECIAIS

não

sim descrever: \_\_\_\_\_

## IV.8. APARELHO(S) SELECIONADO(S)

## IV.8.a) orelha direita

Marca: \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

Nº de série \_\_\_\_\_

Nº do Registro Brasileiro de AASI \_\_\_\_\_

Regulagens: \_\_\_\_\_

## IV.8.b) orelha esquerda

Marca: \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

Nº de série \_\_\_\_\_

Nº do Registro Brasileiro de AASI \_\_\_\_\_

Regulagens: \_\_\_\_\_

**V - RESULTADOS OBTIDOS COM O(S) APARELHO(S) AUDITIVO(S) SELECIONADO(S)****V.1. FONOAUDIÓLOGO RESPONSÁVEL**

CRFa. |\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|

**V.2. ESTRATÉGIA DE SELEÇÃO**

Comparativa      prescritiva

 NAL - R      NAL-RP      NAL-NL1      DSL i/o      outra: \_\_\_\_\_**V.3. LIMIARES DE AUDIBILIDADE OBTIDOS EM CAMPO LIVRE COM O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS ESCOLHIDAS**

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
<b>Sem aparelho</b>	-						-
<b>Aparelho OD</b>							
<b>Aparelho OE</b>	-						-

V.3.a) Os limiares obtidos em campo livre são os esperados

Sim      não - justificativa: \_\_\_\_\_

V.3.b) Podem / devem ser melhorados após período de aclimatização

Sim      já estão adequados      não - justificativa: \_\_\_\_\_

**V.4. RESULTADOS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL COM O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS ESCOLHIDAS**

V.3.a) Avaliação das Respostas Comportamentais a Estímulos Sonoros.

V.4.a.1) Sons instrumentais

Nível mínimo de resposta a |\_|\_| dBA      sem resposta a |\_|\_| dBA

*Startle*      atenção      procura da fonte

localização lateral      localização indireta para cima/para baixo

localização indireta para cima/para baixo

simétrica      predominância direita      predominância esquerda

V.4.a.2) Voz

Nível mínimo de resposta à voz |\_|\_| dBA      sem resposta a |\_|\_| dBA

V.4.b) VRA - níveis mínimos de resposta em campo livre

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	voz
<b>dB</b>						

V.4.c) Os resultados são os esperados

Sim      não - justificativa: \_\_\_\_\_

V.4.c) Podem / devem ser melhorados após período de aclimatização

Sim      já estão adequados      não - justificativa: \_\_\_\_\_

**V. 5. GANHOS INSERÇÃO (entrada 65 dBNPS) OBTIDOS O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS ESCOLHIDAS**

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
<b>Sem aparelho</b>	-						-
<b>Aparelho OD</b>							
<b>Aparelho OE</b>	-						-

V.5.a) Os ganhos de inserção obtidos são os esperados

Sim não - justificativa: \_\_\_\_\_

V.5.b) Devem ser aumentados após período de aclimatização

Sim já estão adequados \_ não - justificativa: \_\_\_\_\_

**V. 6. EXPERIÊNCIA DOMICILIAR PRÉVIA À SELEÇÃO**

Não sim (tempo |\_|\_| dias)

**V.7. PERCEPÇÃO DE FALA COM O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS ESCOLHIDAS:**

V.7.a) LRF com sentenças no silêncio

	dBNA
<b>Sem aparelho</b>	
<b>Aparelho OD</b>	
<b>Aparelho OE</b>	

V.7 b) testes de percepção de fala compatível com a idade (TACAM, GASP, entre outros)

V.7.c) Impressão subjetiva de inteligibilidade: \_\_\_\_\_

**V. 8. DESCONFORTO COM O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS ESCOLHIDAS:**

V.8.a) Presença de desconforto em ambiente clínico

Não sim - justificativa: \_\_\_\_\_

V.8.b) Presença de desconforto em ambiente externo (tempo |\_|\_| \_ minutos \_ horas \_ dias)

Não sim - justificativa: \_\_\_\_\_

V.8.c) Impressão subjetiva: \_\_\_\_\_

**VI - ACOMPANHAMENTO**

VI. 1 NÚMERO |\_|\_|

VI.2. FONOAUDIÓLOGO RESPONSÁVEL

CRFa. |\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|

VI.3. TEMPO DE USO DE AASI EM GERAL

|\_|\_| \_ dias \_ meses \_ anos

VI.4. TEMPO DE USO DO(S) APARELHO(S) ATUAL(IS)

|\_|\_| \_ dias \_ meses \_ anos

**VI.5. CHECAGEM AUDITIVA DO(S) APARELHO(S)****VI.5.a) orelha direita**

Aparelho em bom estado de funcionamento, sem distorção

Aparelho **funcionando**, com distorção excessiva

Aparelho não funcionando

Outros: \_\_\_\_\_

**VI.5.b) orelha esquerda**

Aparelho em bom estado de funcionamento, sem distorção

Aparelho **funcionando**, com distorção excessiva

Aparelho não funcionando

Outros: \_\_\_\_\_

**VI.6. CHECAGEM DE MOLDE(S) / CÁPSULA(S)****VI.6.a) Moldes para aparelhos retroauriculares****VI.6.a.1) orelha direita**

molde íntegro/tubo íntegro e flexível

molde machucando orelha

molde / tubo ocluído por cerume

molde quebrado / rasgado

molde frouxo ou provocando microfonia

tubo rompido

outros: \_\_\_\_\_

**não necessita reposição****necessita reposição de tubo****necessita reposição de molde****VI.6.a.2) orelha esquerda**

molde íntegro/tubo íntegro e flexível

molde machucando orelha

molde / tubo ocluído por cerume

molde quebrado / rasgado

molde frouxo ou provocando microfonia

tubo rompido

outros: \_\_\_\_\_

**não necessita reposição****necessita reposição de tubo****necessita reposição de molde****VI.6.b) Cápsulas para aparelhos intra-auriculares****VI.6.b.1) orelha direita**

cápsula íntegra e ajustada

cápsula machucando orelha

ventilação/receptor ocluídos por cerume

cápsula quebrada / rasgada

cápsula frouxa ou provocando microfonia

outros: \_\_\_\_\_

**não necessita reposição****necessita reposição de tubo****VI.6.b.2) orelha esquerda**

cápsula íntegra e ajustada

cápsula machucando orelha

ventilação/receptor ocluídos por cerume

cápsula quebrada / rasgada

cápsula frouxa ou provocando microfonia

outros: \_\_\_\_\_

**não necessita reposição****necessita reposição de tubo**

**VI.7. REGULAGENS DE USO SÃO AS INDICADAS?**

## VI.7.a) orelha direita

sim não - justificativa: \_\_\_\_\_

regulagens efetivamente usadas: \_\_\_\_\_

## VI.7.b) orelha esquerda

sim não - justificativa: \_\_\_\_\_

regulagens efetivamente usadas: \_\_\_\_\_

**VI. 8. HÁ NECESSIDADE DE MODIFICAÇÃO DE REGULAGENS?**

## VI.8.a) orelha direita

Não sim - justificativa: \_\_\_\_\_

novas regulagens: \_\_\_\_\_

## VI.8.b) orelha esquerda

Não sim - justificativa: \_\_\_\_\_

novas regulagens: \_\_\_\_\_

**VI. 9. AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA COM O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS DE USO OU NAS NOVAS REGULAGENS**

## VI.9.a) Limiares em campo livre

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
<b>Sem aparelho</b>	-						-
<b>Aparelho OD</b>							
<b>Aparelho OE</b>	-						-

## VI.9.b) Avaliação das Respostas Comportamentais a Estímulos Sonoros.

## VI.9.b.1) Sons instrumentais

Nível mínimo de resposta a |\_\_|\_\_| dBA \_ sem resposta a |\_\_|\_\_| dBA

*Startle* atenção procura da fonte

localização lateral localização indireta para cima/para baixo

localização indireta para cima/para baixo

simétrica predominância direita predominância esquerda

## VI.9.b.2) Voz

Nível mínimo de resposta à voz |\_\_|\_\_| dBA \_ sem resposta a |\_\_|\_\_| dBA

## VI.9.c) VRA - níveis mínimos de resposta em campo livre

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	voz
<b>dB</b>						

## VI.9.d) Os resultados obtidos na avaliação são os esperados

Sim não - justificativa: \_\_\_\_\_

## VI.9.e) Foram aprimorados em relação aos do momento da seleção

já estavam adequados

sim - justificativa: \_\_\_\_\_

não - justificativa: \_\_\_\_\_

**VI. 10. GANHOS INSERÇÃO (entrada 65 dBNPS) OBTIDOS O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS DE USO OU NAS NOVAS REGULAGENS**

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
<b>Sem aparelho</b>	-						-
<b>Aparelho OD</b>							
<b>Aparelho OE</b>	-						-

VI.10.a) Os ganhos de inserção obtidos são os esperados

Sim não - justificativa: \_\_\_\_\_

VI.10.b) Foram aprimorados em relação aos do momento da seleção

já estavam adequados

sim - justificativa: \_\_\_\_\_

não - justificativa: \_\_\_\_\_

**VI.11. PERCEPÇÃO DE FALA COM O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS DE USO OU NAS NOVAS REGULAGENS:**

VI.11.a) LRF com sentenças no silêncio

	dBNA
<b>Sem aparelho</b>	
<b>Aparelho OD</b>	
<b>Aparelho OE</b>	

VI.11 b) testes de percepção de fala compatível com a idade (TACAM, GASP, entre outros)

VI.11 c) Impressão subjetiva de inteligibilidade: \_\_\_\_\_

**VI.12. DESCONFORTO COM O(S) APARELHO(S) NAS REGULAGENS DE USO OU NAS NOVAS REGULAGENS:**

VI.12.a) Presença de desconforto em ambiente clínico

não sim - justificativa: \_\_\_\_\_

VI.12.b) Presença de desconforto em ambiente externo (tempo |\_\_|\_\_| \_ minutos \_ horas \_ dias)

não sim - justificativa: \_\_\_\_\_

VI.12.c) Impressão subjetiva: \_\_\_\_\_

**VI. 13 .MEDIDAS DE SATISFAÇÃO**

VI. 13.1. Avaliação a partir de 15 anos: IOI-HA (Cox et al., 2002)

1 - Pense no tempo em que usou o(s) seu(s) aparelho(s) de amplificação sonora individual nas últimas duas semanas. Durante quantas horas usou o(s) aparelho(s) de amplificação sonora individual num dia normal?

Não usou      Menos que 1 hora por dia      Entre 1 e 4 horas por dia      Entre 4 e 8 horas por dia      Mais que 8 horas por dia

2 - Pense em que situação gostaria de ouvir melhor, antes de obter seus aparelho(s) de amplificação sonora individual. Nas últimas duas semanas, como o(s) aparelho(s) de amplificação sonora individual o/a ajudou (ou ajudaram) nesta situação?

Não ajudou (ajudaram) nada      Ajudou (ajudaram) pouco      Ajudou (ajudaram) moderadamente      Ajudou (ajudaram) bastante      Ajudou (ajudaram) muito

3 - Pense novamente na mesma situação gostaria de ouvir melhor, antes de obter seu aparelho(s) de amplificação sonora individual. Que grau de dificuldade AINDA encontra nessa mesma situação usando aparelho(s) de amplificação sonora individual?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Dificuldade moderada	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
----------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------	------------------------

4 - Considerando tudo, acha que vale a pena usar o(s) aparelho(s) de amplificação sonora individual?

Não vale a pena	Vale pouco a pena	Vale moderadamente a pena	Vale bastante a pena	Vale muito a pena
--------------------	----------------------	------------------------------	-------------------------	----------------------

5 - Pense nas últimas duas semanas, usando o(s) aparelho(s) de amplificação sonora individual. Quanto os seus problemas de ouvir o/a afetaram nas suas atividades?

Afetaram muito	Afetaram bastante	Afetaram moderadamente	Afetaram pouco	Não afetaram
----------------	-------------------	------------------------	----------------	--------------

6 - Pense nas últimas duas semanas, usando o(s) aparelho(s) de amplificação sonora individual. Quanto os seus problemas de ouvir afetaram ou aborreceram outras pessoas?

Afetaram muito	Afetaram bastante	Afetaram moderadamente	Afetaram pouco	Não afetaram
----------------	-------------------	------------------------	----------------	--------------

7 - Considerando tudo, como acha que o(s) seu(s) aparelho(s) de amplificação sonora individual mudou(aram) a sua alegria de viver ou gozo na vida?

Para pior ou menos alegria de viver	Não houve alteração	Um pouco mais alegria de viver	Bastante alegria de viver	Muito mais alegria de viver
--	------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

#### VI. 13.2. Medidas de Benefício

VI. 13.2 a) Avaliação para crianças até 04 anos - IT-MAIS: \_\_\_\_\_

VI. 13.2 b) Avaliação para crianças de 04 a 07 anos - MAIS: \_\_\_\_\_

VI.13.2 c) Avaliação para menores de 15 anos ou pacientes alta complexidade

VI.13.2 c.1) Impressão subjetiva do benefício pelo próprio paciente: (anexar - máximo 300 caracteres)

VI.13.2 c.2) Impressão subjetiva do benefício pela família: (anexar - máximo 300 caracteres)

VI.13.2 c.3) Relatório da terapia fonoaudiológica quanto ao benefício com a amplificação: (anexar - máximo 300 caracteres)

VI.13.2 c.4) Relatório da escola quanto ao benefício com a amplificação: (anexar - máximo 300 caracteres)

#### VI. 14 .NECESSIDADE DE REPARO DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS

VI.14.a) Orelha direita  
não

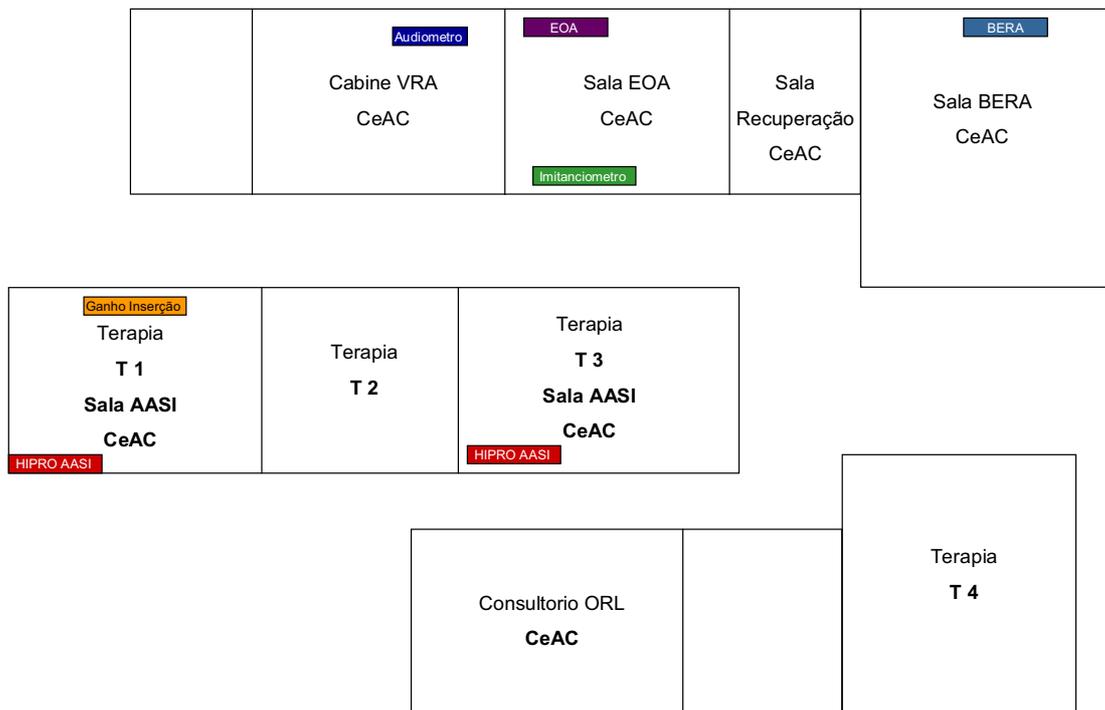
sim - justificativa: \_\_\_\_\_

VI.14.b) Orelha esquerda  
não

sim - justificativa: \_\_\_\_\_

## ANEXO 4

## PLANTA BAIXA DISTRIBUIÇÃO DE SALAS do CeAC



Distribuição de salas CeAC

## **8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

AKERMAN, M. & NADANOVSKY, P. Evaluation of Health Services — What to Evaluate? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 361-365, oct/dec, 1992.

Department of Epidemiology and Public Health, University College and Middlesex School of Medicine, University of London. 66-72 Gower Street, London WC1E6EA.

ALBRECHT, K. Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. São Paulo: Pioneira, 1992.

ALMEIDA, R. R. Diagnóstico precoce da deficiência auditiva. IN: FONSECA, VR. J.R.M. Surdez e Deficiência Auditiva: a trajetória da infância à idade adulta. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.93-112.

ALMEIDA, K; SANTOS, T.M.M. Seleção e adaptação de próteses auditivas em crianças. In: ALMEIDA, K; IORIO, MC.M. Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas. São Paulo: 2ª. ed, Lovise, 2003, p. 357-379.

AZEVEDO, M. F. Triagem Auditiva Neonatal. In: FERREIRA, L. P (Org). Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

BARROS, A.D.; MOCELLIN, J.V. Análise da flutuação do gargalo em Flow Shop permutacional com tempos de Set Up assimétricos e dependentes da seqüência. Revista Gestão e Produção. Vol. 11 nº1. São Carlos.: Jan/Apr 2004, p.101-108

BAZZO, L.M.F.. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no SUS em Salvador. Revista Ciência de Saúde Coletiva. Vol. 14. Supl. 1. Rio de Janeiro. Sept-Oct.2009.

BENITO, G.A.V.; LICHESKI, A.P.. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.6 2nº3 Brasília May/June 2009.

- BERWICK, D. M. A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report. Health Affairs. Vol 21. Number 3. Page 80-90, 2002.
- BERWICK, D.M. 1994. Fundamentos do gerenciamento da qualidade, pp. 30-44. In DM Berwick, AB Godfrey & J Roessner. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. Makron Books, São Paulo.
- BEVILACQUA, M.C; FORMIGONI, G.M.P. Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. São Paulo: 3ª. ed; Pró-Fono, 2003.
- BEVILACQUA, M.C; MELO, T.M., MORETTIN, M.LOPES, A.C.. A avaliação de services em Audiologia: concepções e perspectivas. Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2009;14(3):421-6.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde. RAS \_ Vol. 3, Nº 12 - Jul-Set, 2001 p.21-28.
- BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para a qualidade. Rev Assis Med Brasil, v.46, nº1, p.70-6,2000.
- BOHRER M. S. A. Triagem Auditiva Neonatal. In: Correios da SBP(sociedade brasileira de pediatria) Departamento de Neonatologia. Documento Científico. Ano 8 - Jul/Ago/Setembro/2002. Pág 5 a 7
- BORBA, G. S.; KLIEMANN-NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. Saude soc., v. 17, n. 1, p.44-60, Mar. 2008.
- BOSCOLO, C.C.. Um programa de triagem auditiva em recém-nascidos de alto risco para deficiência auditiva. [Monografia] São Paulo:CEFAC, 2000.
- BOSCOLO, C.C.;SANTOS,T.M.M..A deficiência auditiva e a família:sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com

deficiência da audição. Revista Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 17 (1):69-75, abril, 2005.

BOSIL, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev. Saúde Pública v.41 n.1 São Paulo fev. 2007

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000). Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtml>. Acesso em 14/01/2008 às 13h48min.

BRASIL. Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Extraído de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>

BRASIL. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Determina a adoção de providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva pelas Secretarias de Estado da Saúde. Extraído de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm>

BRASIL. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Formulário de seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual. Extraído de: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

BRASIL. Portaria nº 589, de 8 de outubro de 2004. Institui a Política Nacional de Saúde Auditiva. Extraído de:

CAMP, R. C. Benchmarking o caminho da qualidade total. Publisher: Pioneira, 1995

CORRÊA H. L.; CAON M. Gestão dos Estoques e das Filas de Clientes em Serviços. In: Gestão de Serviços. São Paulo: Atlas. 2006. Cap 8. p.308-352.

CORRÊA H. L.; CAON M. Previsões, Projeto e Gestão das Instalações em Serviços. In: Gestão de Serviços. São Paulo: Atlas. 2006. Cap 7. p.249-307.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Mem. Fund. Q. 44:166, Part 2, 1966. The Quality of Medical Care: A Concept in Search of a Definition. J. Fam. Practic. 3(9): 277-284, 1979.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. Science. Vol.200, 1978. Nº4344, pp.856-864.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch. Patol. Lab. Med., v,114, n11, p.1115-8, 1990.

DONINI, T.S..A Utilização do potencial evocado auditivo de estado estável no processo de indicação de aparelhos de amplificação sonora individual em crianças com deficiência auditiva. [TESE]2007.

DRUCKER, P. Desafios gerenciais para o século XXI. São Paulo, Pioneira, 1999.

FERNANDES, S.K.S.; COUTINHO, A.C.M.; PEREIRA, E.L.. Avaliação do perfil sócio-econômico e nível de satisfação dos pacientes atendidos em clínica integrada odontológica universitária. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Vol 21. Nº 2, 2008, PP. 137-143. Universidade de Fortaleza. Brasil.

FOGLIATTI, M.C.; MATTOS, N.M.C.. Teoria de filas. Rio de Janeiro: Interciência, 2007.

FORTES, P.C.. Satisfação de pais de crianças deficientes auditivas quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem: construindo indicadores de qualidade em um serviço de saúde auditiva. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 15:345-353.

FRATINI, J.R. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde.[Tese].Universidade do Vale do Itajaí.2007.

GARCIA CFD; ISAAC ML; OLIVEIRA JAA. Emissão otoacústica evocada transitória: instrumento para detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascidos a termo e pré-termo. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 2002; 68(3): 344-52.

GOLDRATT, E.; FOX, J. A meta: um processo de aprimoramento contínuo. São Paulo: Educador, 1997.

GOULART, B.F.; FREITAS, M.I.F. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde.Cad. Saúde Pública v.24 n.9 Rio de Janeiro set. 2008.

GRAVEL,J.S.;HOOD,L.J..Avaliação audiológica infantil.In: MUSIEK,F.;RINTELMANN,W.Perspectivas atuais em avaliação auditiva.São Paulo:Manole.2001,p.301-22.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-589.htm>

JACOB, L. C. B; BEVILACQUA, M. C. Privação sensorial da função auditiva. Distúrbios da comunicação. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 161 - 172, jun. 2001.

JCHI. Joint committee on infant hearing 2000 position statement: principles & guidelines for early hearing detection & intervention programs. Audiology Today; 2008. special edition. Available in: <http://www.jcih.org/jcih2008.pdf>

KAMINSKI, J. M. et al. Maturação da função auditiva e desenvolvimento de linguagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. São Paulo, 11 (1), 2006.

KLÜCK, M.. A Gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Revista Administração em Saúde*. Vol 4, nº16 - Jul-Set, 2002.

LAS CASAS, A.L. *Qualidade Total em Serviços: Conceitos, Exercícios, Casos Práticos*. Ed Atlas. 2007.

MARTINEZ, A.N.S. Avaliação Audiológica na Criança. In: FERREIRA, L. P (Org). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.

MARTINS, M. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, SP. Brasil. *Caderno Saúde pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: 5268-5282, 2004.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (org.), 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

MIRANDA, L.P.. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria* - vol.79, Supl. 1, 2003.

MOELLER, P.M. Early intervention and Language Development in Children Who Are Deaf and Hard of Hearing . *Pediatrics*, 106 : 43-52, 2000.

MONTEIRO, M. R. M. B.. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. *Revista Administração em Saúde*. Vol.11. nº42 - Jan-Mar. 2009.

MOTTI, T.F.G.. A Rotina de um centro de referência em deficiência auditiva: perspectiva de pais e profissionais. [Tese]. São Carlos: Universidade de São Carlos, 2000.

- NETO, G. V.; MALINK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12, n. 4, p.825-839, Ago. 2007.
- NIELSEN, C. B. et al. Processo de implantação de Programa de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. São Paulo, 12 (2), 2007.
- NORTHEN, J.L; DOWNS, M. P. *Audição em crianças*. 3ª. ed. São Paulo: Manole, 1989.
- NOVAES. B. C. C. A criança deficiente auditiva. In: BEVILACQUA, M. C et al (Org). *Deficiência Auditiva: conversando com familiares e Profissionais da saúde*. São José dos Campos: Pulso; 2005.
- NOVAES. B. C. C. *Centro Audição na Criança CeAC - Derdic - PUCSP. Serviços Prestados a Comunidade*. São Paulo, Abril, 2006.
- NOVAES. H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 sup2:5147-5173,2004.
- OLIVEIRA,P.;CASTRO,F.;RIBEIRO,A. Surdez Infantil. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* vol.68 no.3 São Paulo May 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Deafness and hearing impairment. Fact Sheet, Geneva, n. 300, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2010.
- RAMOS, D. D et al. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* v.19 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2003.

RIBEIRO, B M. O Acompanhamento em um Serviço de Saúde Auditiva: Indicadores de Habilidades Auditivas e de Linguagem em Crianças Menores de Três Anos. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: 2008.

RODRIGUES,A.A.A.O.;ASSIS,M.M.A..Oferta e Demanda na atenção à saúde bucal:o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas-Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública.V29.nº2,p.273-285.jul./dez.2005.

RUSSO, I. C. P. Orientação a Pais de Crianças Deficientes Auditivas. In: CALDAS, N.; NETO, S. C.; SIH, T. Otologia e Audiologia em Pediatria. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. Cap 37, p. 239-245.

RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T.M.M. A Avaliação Audiológica. In: \_\_\_\_\_ Audiologia Infantil. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1994. Cap 3, p. 71-91.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc. saúde coletiva, v. 12, n. 4, p.935-944, Ago. 2007.

SERBETCIOGLU, M.B. Critical learning period for speech acquisition and screening techniques in early detection of hearing impairment. Turk journal pediatric, v. 43, n.2, p. 18-32, 2001.

SILVA, M.T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C.M.C.. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. Revista de Saúde Pública. 2009;43(Supl.1 ):36-42.

SILVA,R.O.Teorias da administração. São Paulo: Pioneira Thomson Learning,2002.

SPINELLI, M. Avaliação Foniátrica do Deficiente Auditivo. In: CALDAS, N.; NETO, S. C.; SIH, T. Otologia e Audiologia em Pediatria. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. Cap 36, p. 231-238.

UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO

ZOCOLI, A.M.F; RIECHEL, F.C; ZEIGELBOIM, B.S; MARQUES, J.M. Audição: Abordagem do pediatra acerca dessa temática. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.72, n.5, set/ out, 2006, p.617-623.

## **9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

---

CUENCA, Angela Maria Belloni; ANDRADE, Maria Teresinha Dias de; NORONHA, Daisy Pires; FERRAZ, Maria Lúcia Evangelista de Faria. Guia de Apresentação de Teses. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2 ed. São Paulo: A Biblioteca, 2006. 109 p.

# 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](#)