

RAGNAR JOSÉ JACOB

**CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS:
UMA REALIDADE URGENTE E NECESSÁRIA**

GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FLORIANÓPOLIS - 2000

RAGNAR JOSÉ JACOB

CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS: UMA REALIDADE URGENTE E NECESSÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência parcial para obtenção do grau de graduado em Ciências da Administração, sob orientação do Professor Doutor Rolf H. Erdmann.

FLORIANÓPOLIS
2000

RAGNAR JOSÉ JACOB

CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS: UMA REALIDADE URGENTE E NECESSÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção da graduação no Curso de Administração na Universidade Federal de Santa Catarina, pela Banca Examinadora que atribuiu nota _____ ao acadêmico Ragnar José Jacob, na disciplina Estágio II – CAD 5401.

Banca Examinadora:

Profº. Rolf Hermann Erdmann
Presidente da Banca

Profº. Raimundo Nonato de Oliveira Lima
Professor Membro da Banca

Profª. Valeska Nahas Guimarães
Professor Membro da Banca

Florianópolis, 14 de agosto de 2.000.

*“Não se tem noção do
quanto é desgastante e solitária
a defesa de princípios e a
execução de ações impessoais
voltadas para os interesses
da maioria.”*

Dedico este trabalho a meus pais, José e Catarina, pois sem eles não chegaria até aqui; à minha esposa, Mauren, que com seu apoio tornou-se meu “porto seguro” nesta jornada; aos meus irmãos, Joelma e Árboes, que sempre serão parte marcante em minha vida, e especialmente a Sra. Maria Amélia Laus de Medeiros (in memoriam) pelo brilho que deu a todos durante sua vida.

Agradeço aos membros da AHESC-FEHOESC, em especial, ao Sr. Braz Vieira, por terem me dado a oportunidade de desenvolver um trabalho de tamanha importância para os hospitais; ao meu professor orientador, Rolf H. Erdmann, que apoiou a realização deste trabalho, sabendo do desafio que seria sua elaboração, e a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

SUMÁRIO

EPÍGRAFE	i
DEDICATÓRIA	ii
AGRADECIMENTOS	iii
LISTA DE QUADROS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
SINOPSE	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. O problema de pesquisa	3
2.2. Objetivo geral	3
2.3. Objetivos específicos	3
2.4. Delimitação do trabalho	4
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
3.1. A Realidade da Saúde	5
3.1.1. Identificação	5
3.1.2. O sistema de saúde	7
3.1.2.1. O panorama do sistema de saúde	9
3.1.2.2. O sistema de saúde no Brasil	10
3.2. A rede hospitalar	10
3.2.1. Histórico dos hospitais	12
3.2.2. A rede hospitalar no Brasil	13
3.2.3. A rede hospitalar em Santa Catarina	15
3.2.4. A administração hospitalar	19
3.3. O sistema de remuneração da saúde	19
3.3.1. SUS – Sistema Único de Saúde	20
3.3.2. Sistema de saúde suplementar	21
4. METODOLOGIA DE TRABALHO	22
4.1. Tipo de estudo	22

4.2. Técnicas utilizadas	23
4.3. Limitações	25
4.4. Os passos seguidos para a realização do trabalho	25
5. DESENVOLVIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS	28
5.1. A classificação dos hospitais	28
5.1.1. O sistema de remuneração da Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED	28
5.1.2. Os serviços médico-hospitalares	29
5.2. Oportunidades à implantação da classificação dos hospitais	30
5.3. Ameaças à implantação da classificação dos hospitais	31
5.4. A construção da proposta	32
5.5. A proposta de classificação dos hospitais	32
5.5.1. Indicadores de eficiência	33
5.5.1.1. Serviços hospitalares	33
5.5.1.2. Recursos físicos	35
5.5.1.2.1. Instalações	35
5.5.1.2.2. Área física	36
5.5.1.3. Recursos humanos	71
5.5.1.3.1. Levantamento de recursos humanos	71
5.5.1.3.2. Proporção de recursos humanos	72
5.5.1.3.3. Lotação de pessoal	73
5.5.1.4. Organização e funcionamento	80
5.5.2. Indicadores hospitalares	111
5.5.2.1. Indicadores de qualidade	112
5.5.2.2. Indicadores de produtividade	115
5.6. Processo de avaliação	117
5.6.1. Atribuição do sistema de pesos	117
5.6.1.1. Serviços hospitalares	117
5.6.1.2. Área física	118
5.6.1.3. Recursos humanos	119
5.6.1.4. Organização e funcionamento	119
5.6.1.5. Qualidade	120
5.6.1.6. Produtividade	120

5.6.2. O cálculo da pontuação obtida	120
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	123
6.1. Definição e cálculo da população para o teste de validade da proposta	123
6.2. Resultados da avaliação simulada em hospitais	125
6.2.1. Hospital “A”	125
6.2.2. Hospital “B”	126
6.2.3. Hospital “C”	127
6.2.4. Hospital “D”	128
6.3. Proposta de remuneração dos serviços médico-hospitalares	129
6.4. Recomendações para a aplicação da classificação dos hospitais	131
7. Glossário	133
8. Conclusão	136
9. BIBLIOGRAFIA	139
10. ANEXOS	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Serviços básicos	33
Quadro 02 – Especialidades	34
Quadro 03 – Serviços complementares	35
Quadro 04 – Instalações	36
Quadro 05 – Administração	37
Quadro 06 – Ensino e pesquisa	37
Quadro 07 – Conforto médico	38
Quadro 08 – SAME	38
Quadro 09 – SADT Patologia clínica	38
Quadro 10 – SADT Hemoterapia	39
Quadro 11 – SADT Agência transfusional tipo 1	39
Quadro 12 – SADT Agência transfusional tipo 2	39
Quadro 13 – SADT Banco de sangue	40
Quadro 14 – SADT Hemodinâmica	40
Quadro 15 – SADT Radiologia clínica	41
Quadro 16 – SADT Tomografia	42
Quadro 17 – SADT Litotripsia	42
Quadro 18 – SADT Ressonância magnética	43
Quadro 19 – SADT Métodos gráficos e outros	44
Quadro 20 – SADT Medicina nuclear	45
Quadro 21 – SADT Fisiatria / Fisioterapia	46
Quadro 22 – SADT Endoscopia / Colonoscopia	47
Quadro 23 – SADT Cistoscopia (endoscopia urulógica)	47
Quadro 24 – SADT Radioterapia	48
Quadro 25 – SADT Quimioterapia	49
Quadro 26 – SADT Hemodiálise	50
Quadro 27 – SADT Diálise	51
Quadro 28 – Clínica médica	52
Quadro 29 – Clínica cirúrgica	53

Quadro 30 – Clínica psiquiátrica	54
Quadro 31 – Ginecologia / Obstetrícia	55
Quadro 32 – Pediatria	56
Quadro 33 – Berçário	57
Quadro 34 – UTI Geral	57
Quadro 35 – UTI Pediátrica / Neonatal	58
Quadro 36 – UTI Coronariana	59
Quadro 37 – Transplante	59
Quadro 38 – Centro cirúrgico	60
Quadro 39 – Centro obstétrico	61
Quadro 40 – P.A. baixa e média complexidade	62
Quadro 41 – P.A. alta complexidade e urgências	63
Quadro 42 – Serviço de higienização hospitalar	64
Quadro 43 – Serviço social / Psicologia	64
Quadro 44 – Pastoral do enfermo	64
Quadro 45 – Necrotério	64
Quadro 46 – Centro de material e esterilização	65
Quadro 47 – SND (Serviço de Nutrição e Dietética)	66
Quadro 48 – Lactário	67
Quadro 49 – Farmácia	67
Quadro 50 – Compras	67
Quadro 51 – Almoxarifado	68
Quadro 52 – Lavanderia	68
Quadro 53 – Vestiário masculino e feminino	68
Quadro 54 – Manutenção	69
Quadro 55 – Limpeza e zeladoria	69
Quadro 56 – Segurança e vigilância	70
Quadro 57 – Infra-estrutura predial	70
Quadro 58 – Diversos	70
Quadro 59 – Levantamento de recursos humanos	71
Quadro 60 – Total de funcionários próprios por leito	72
Quadro 61 – Proporção de médicos do corpo clínico pelo total de funcionários próprios .	72
Quadro 62 – Porcentagem de funcionários de enfermagem pelo total de funcionários próprios	72

Quadro 63 – Proporção de funcionários de enfermagem por leito	73
Quadro 64 – Percentual mínimo de enfermeiros pelo número de funcionários de enfermagem	73
Quadro 65 – Administração	73
Quadro 66 – Clínica médica	74
Quadro 67 – Clínica cirúrgica	74
Quadro 68 – Centro cirúrgico	74
Quadro 69 – Pediatria	75
Quadro 70 – UTI Neonatal / Pediátrica	75
Quadro 71 – UTI Pediátrica	75
Quadro 72 – UTI Neonatal	76
Quadro 73 – Centro de material	76
Quadro 74 – Centro obstétrico	76
Quadro 75 – Patologia clínica	76
Quadro 76 – UTI Geral	77
Quadro 78 – Transplante	77
Quadro 79 – Berçário	77
Quadro 80 – Médico de sobreaviso	78
Quadro 81 – Diagnóstico por imagem	78
Quadro 82 – Radioterapia	78
Quadro 83 – Farmácia	78
Quadro 84 – SAME	79
Quadro 85 – Serviço social	79
Quadro 86 – SND	79
Quadro 87 – Lavanderia	79
Quadro 88 – Limpeza	80
Quadro 89 – Norma de organização e funcionamento	81
Quadro 90 – Unidade de organização	82
Quadro 91 – Qualidade	82
Quadro 92 – Contabilidade / Tesouraria	83
Quadro 93 – Saúde ocupacional	83
Quadro 94 – Segurança geral	83
Quadro 95 – Ensino e pesquisa	84
Quadro 96 – SAME	85

Quadro 97 – Hemoterapia / Agência transfusional	86
Quadro 98 A – Hemoterapia / Banco de sangue	86
Quadro 98 B – Hemoterapia / Banco de sangue	87
Quadro 99 – SADT Patologia clínica	87
Quadro 100 – Hemodinâmica	88
Quadro 101 – SADT Radiologia clínica	88
Quadro 102 – SADT Métodos gráficos	89
Quadro 103 – SADT Medicina nuclear	89
Quadro 104 – SADT Fisioterapia / Fisioterapia	90
Quadro 105 – Farmácia	90
Quadro 106 – SADT Endoscopia / Colonoscopia	91
Quadro 107 – SADT Cistoscopia	91
Quadro 108 – SADT Radioterapia	92
Quadro 109 – SADT Quimioterapia	92
Quadro 110 – SADT Hemodiálise	93
Quadro 111 – SADT Diálise	94
Quadro 112 – Clínica médica	95
Quadro 113 – Clínica cirúrgica	96
Quadro 114 – Gineco-Obstetrícia	97
Quadro 115 – Pediatria	98
Quadro 116 – Neonatologia – Berçário	99
Quadro 117 – UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)	100
Quadro 118 – UTI Peditátrica / Neonatal	101
Quadro 119 – UTI Coronariana	102
Quadro 120 – Transplante	103
Quadro 121 – Centro cirúrgico	103
Quadro 122 – Centro obstétrico	104
Quadro 123 – Clínica psiquiátrica	105
Quadro 124 – Pronto atendimento – serviços de emergência	106
Quadro 125 – Serviço de higienização e limpeza	107
Quadro 126 – Centro de material	108
Quadro 127 – Serviço social	108
Quadro 128 – Pastoral de enfermos	109

Quadro 129 – SND / Lactário	109
Quadro 130 – Compras	110
Quadro 131 – Lavanderia	110
Quadro 132 – Almoxarifado	111
Quadro 133 – Manutenção	111
Quadro 134 – Indicadores hospitalares	111
Quadro 135 – Taxa de mortalidade institucional	113
Quadro 136 – Taxa de mortalidade materna	113
Quadro 137 – Taxa de natimortalidade	113
Quadro 138 – Taxa de mortalidade neonatal	114
Quadro 139 – Taxa de mortalidade operatória	114
Quadro 140 – Taxa de cesáreas	114
Quadro 141 – Taxa de infecção hospitalar	114
Quadro 142 – Taxa de supuração de ferida cirúrgica em cirurgia limpa	115
Quadro 143 – Taxa de ocupação	115
Quadro 144 – Taxa de permanência	115
Quadro 145 – Giro de rotatividade do leito por ano	115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Hospitais brasileiros	14
Gráfico 02 – Relação de unidades públicas / privadas	14
Gráfico 03 – Hospitais catarinenses por região	17
Gráfico 04 – Hospitais catarinenses por porte	18
Gráfico 05 – Relação dos hospitais por finalidade	18
Gráfico 06 – Comparação SUS / UNIMED.....	130

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01 – Hospital denuncia omissão da Agência Nacional de Saúde	141
Anexo 02 – Processe a máfia de seu plano de saúde você também	143
Anexo 03 – Planos de Saúde X Médicos: Insatisfação atinge todos segmentos	144
Anexo 04 – Escândalos na Saúde	145
Anexo 05 – Hospital Rio: Regulamentação dos Planos de Saúde	147

SINOPSE

Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma necessidade dos hospitais: Recursos Financeiros. A proposta deste é apresentar um modelo para a Classificação dos Hospitais, utilizando-o como um instrumento para aumentar o poder de barganha das entidades de serviços de saúde nas negociações para a remuneração dos serviços médico-hospitalares junto as entidades de Saúde Suplementar.

Para o desenvolvimento desta ferramenta, buscou-se analisar a atual situação saúde e da rede hospitalar, tanto no Brasil como em Santa Catarina, assim como o conhecimento e a interpretação da legislação sanitária vigente.

Após a tabulação das informações obtidas, montou-se a proposta de classificação elaborada e disposta em Quadros com diferentes pontuações, onde se enquadram os nosocômios em diferentes níveis.

Em suma, o trabalho que se segue traz o contexto da rede hospitalar no Estado de Santa Catarina e a proposta para a Classificação dos Hospitais.

1. INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares sofreram ao longo dos anos uma série de mudanças estruturais e administrativas, pouco restando daquelas que caracterizaram a saúde no início do século. Hoje, os investimentos nos hospitais são de primeira grandeza. A introdução de novos equipamentos médico-hospitalares, produtos, medicamentos, processos administrativos, de produção e serviços, elevaram o nível dos investimentos e a responsabilidade social dos hospitais, sendo necessário grande estudo orçamentário, rigor administrativo e definição de prioridades na organização.

A saúde é uma das necessidades humanas mais deficitárias em nosso país. Segundo o Hospital Virtual, entidade sem fins lucrativos e que visa o intercâmbio de informações da área da saúde, o Brasil conta com uma rede de hospitais que não consegue atender a demanda da população, prestando serviços de baixa qualidade.

De acordo com a AHESC – Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina e a FEHOESC – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina, realidade igual apresenta-se no Estado, palco do estudo desenvolvido neste trabalho. Com base nisto, é um fato afirmar que a saúde passa hoje por sérios problemas de ordem administrativa, econômica e política. É o setor que mais sofre com a carência de recursos e de investimentos. Nos hospitais, maiores representantes da saúde e centro deste estudo, o descaso e a má administração caracterizam, em grande parte dos estabelecimentos, o estilo de gestão, tornando-os ineficientes e obsoletos. Por fim, a busca de melhorias na saúde depende de decisões e projetos relevantes. Dados levantados apontam que a falta de recursos é um dos principais motivos para a baixa qualidade dos serviços médico-hospitalares.

O SUS – Sistema Único de Saúde – é responsável por parte da remuneração dos serviços médico-hospitalares às entidades assistenciais de saúde, sendo que este não tem o aporte necessário de recursos para tornar viável a qualidade dos mesmos, cabendo às entidades de saúde complementar, a complementação das receitas dos hospitais.

Este trabalho apresenta o contexto da rede hospitalar em Santa Catarina, sob o enfoque da remuneração por parte das entidades de saúde complementar, ou seja, os convênios particulares, as seguradoras e os planos de saúde privados, culminando com a proposta da classificação dos hospitais.

O tema foi assim definido face aos absurdos impostos pelas entidades de saúde suplementar. A Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED, entidade tomada por base para as explanações, tem como política negociar livremente com hospitais, impondo-lhes baixos valores de remuneração, enquanto que os hospitais têm que se sujeitar a estas condições, a fim de não perderem o convênio. E são justamente estas negociações que a proposta de classificação dos hospitais visa tornar mais justas.

A classificação dos hospitais busca avaliar a qualidade dos serviços médico-hospitalares prestados pelos nosocômios, analisando a disponibilidade de serviços, insumos (recursos materiais e humanos), os investimentos em equipamentos e pessoal, a fim de desenvolver uma análise contingencial do nível do atendimento médico-hospitalar do Estado, buscando garantir um patamar mais justo de remuneração por parte dos convênios, planos privados de saúde e seguradoras. Outro ponto será o estímulo dado às entidades, que buscarão uma melhor qualidade de seus serviços a fim de melhorar o nível de colocação (este estímulo pode ser de ordem financeira, uma vez que os hospitais alocados em melhores níveis podem vir a receber mais pelos serviços, podendo também ser de ordem social, pelo *status* aferido com a classificação).

Os hospitais, uma vez classificados pelo nível de serviços, terão maior poder de barganha frente às entidades de saúde suplementar, podendo exigir melhor remuneração de seus serviços, assim como estimular a melhoria da qualidade dos mesmos. Vale ressaltar que este projeto já foi implantado com sucesso em outros Estados, adaptando-se às particularidades de cada região.

Há de se levar em consideração que as tendências na rede hospitalar apontam para um projeto de maior âmbito, a Acreditação Hospitalar, que é um certificado de qualidade de serviços médico-hospitalares. A classificação dos hospitais é um pré-requisito básico para o processo de acreditação hospitalar. Outro ponto é que existe a possibilidade de que uma entidade de saúde suplementar crie uma classificação própria, inviabilizando a negociação.

O trabalho foi desenvolvido com base em análises documentais e estatísticas, obtidas junto aos órgãos competentes, assim como em observação empírica/pessoal, obtida junto à realidade hoje vivenciada. Foram também consultadas bibliografias referentes ao assunto, oriundas de outras entidades que já aplicaram este processo com sucesso.

Espera-se, também, deixar nas mãos do leitor um objeto de questionamento diante da realidade que se apresenta, onde os serviços e sua qualidade na rede hospitalar estão ligados aos interesses dos compradores dos mesmos.

2. OBJETIVOS

2.1. O problema de pesquisa

A realidade crítica da saúde faz com que a alavancagem de recursos seja cada vez mais difícil. A remuneração dos serviços médico-hospitalares por parte do SUS, quando muito, empata com os custos organizacionais, cabendo à venda de serviços para as entidades de saúde suplementar, a alocação de recursos extras. Entretanto, a remuneração dos hospitais por parte destas, é feita com base em negociações regionais e individuais, sendo que estas entidades exercem forte pressão baixando os valores dos serviços médico-hospitalares, mesmo que os hospitais possam prestar serviços de igual ou melhor qualidade de outros hospitais que recebem valores maiores. De que forma aumentar o poder de barganha e a remuneração dos nosocômios frente às entidades de saúde suplementar?

2.2. Objetivo geral

Propor uma ferramenta para a classificação dos hospitais que aloque as entidades de serviços de saúde em categorias escalonadas, analisando a estrutura e os serviços médico-hospitalares, buscando aumentar o poder de barganha e a remuneração dos hospitais por parte das entidades de saúde suplementar.

2.3. Objetivos específicos

Com o objetivo geral apresentado, buscou-se delimitar os passos a serem seguidos, a fim de se alcançar o proposto. Estes passos são chamados de objetivos específicos e constituem-se de etapas relevantes para a construção do trabalho.

Foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- Criar um instrumento para a classificação dos hospitais.
- Elaborar critérios para a atribuição de diferentes pesos aos quesitos a serem avaliados.
- Propor uma nova remuneração para os serviços médico hospitalares.

2.4. Delimitação do trabalho

A classificação dos hospitais busca a categorização de todos os nosocômios do Estado, sendo portanto, de abrangência estadual, não se limitando a cidades ou regiões. Para sua realização, foram analisados dados fornecidos por entidades classistas, órgãos estaduais e federais.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este item da estrutura do trabalho tem a finalidade de mostrar em que bases teóricas o estudo e a análise são fundamentados, bem como a forma como eles podem ser traduzidos para a realidade contingencial da classificação hospitalar. Este levantamento bibliográfico foi feito a fim de deixar nas mãos do leitor um instrumento facilitador de interpretação, análise e julgamento da proposta dos objetivos deste estudo, assim como dar subsídios para o autor, que através dele, tem acesso às informações necessárias. Não é possível conhecer, compreender, interpretar e explicar a realidade sem um referencial teórico, e é com esta colocação que se caracteriza toda a importância da fundamentação teórica.

3.1. A realidade da saúde

3.1.1. Identificação

Este estudo foi desenvolvido analisando a rede hospitalar em sua principal função: assegurar a saúde da população. Entretanto, antes de qualquer outra definição é necessário compreender o que significa saúde e qual sua abrangência.

Para a OMS – Organização Mundial de Saúde apud Johnson (1979), a saúde representa “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (Johnson, 1979, p.3). Compactando a definição anterior, a OMS apud Castelar et. al. (1995) coloca ainda que “a saúde é o bem-estar físico, psíquico e social.” (Castelar et al, 1995, p.70). Complementando as definições da OMS, Carlos Sá apud Pereta (1976) conceituou saúde como sendo:

uma condição individual, referente ao indivíduo no seu todo, vivendo não apenas livre de doença, mas em plena eficiência de todas as suas atividades físicas e mentais, de tal sorte que não seja somente útil a si mesmo mas, sobretudo, aos seus semelhantes. (Pereta, 1976, p.3)

Para Galeno apud Laurenti et. al (1989) saúde é a “condição de perfeito equilíbrio e perfeita harmonia do ser humano.” (Laurenti et. al., 1989, p.4). Buscando adaptar

a definição de saúde à base da sociedade, Rodrigues da Silva apud Pereta et. al (1976) coloca que a saúde “é o estado de perfeita adaptação às condições de vida em comunidades humanas” (Pereta et. al., 1976, p.4). Pereta (1976) ainda complementa estas definições colocando que:

há que se considerar saúde como uma qualidade dinâmica de vida e não uma entidade estática. Ela é o resultado de vários fatores e condições. As pessoas não podem ser consideradas rigidamente sadias ou doentes [...] O ser humano é pessoa em razão da interação do ser físico, do ser psíquico e do ser social. A saúde de uma pessoa é produto desses três aspectos. (Pereta et. al., 1976, p.4-6)

De uma forma menos abrangente Laurenti, (1989) define saúde colocando que a saúde:

depende de educação, de condições de trabalho, de condições financeiras, de condições de conforto físico [...] Cada uma destas variáveis se liga à outra de forma irreversível, uma vez que, educado, o indivíduo tem possibilidade de conseguir um emprego que lhe dê acesso a condições financeiras. Estas permitem que o indivíduo compre serviços de saúde e conforto físico. Com a saúde é mais fácil obter educação e emprego. (Laurenti et. al., 1989, p.4-5)

Todas estas definições apontam para o que se pode chamar de necessidade básica do indivíduo. Não se pode conceber o desenvolvimento da sociedade sem levar em consideração as condições de saúde residentes nos alicerces da mesma, ou seja, as pessoas que a compõe.

Até o momento apresenta-se um panorama geral, é necessário portanto, delimitar este estudo a fim de que se possa compreender a necessidade urgente do desenvolvimento de projetos como a classificação dos hospitais.

A realidade que se apresenta é a do Brasil. Segundo o Hospital Virtual (www.hospvit.org.br - 20/04/2000 – 17:30 horas) o Brasil conta com aproximadamente 8,5 milhões de Km² e uma população de 162 milhões de habitantes. É o maior país da América Latina e o quinto do mundo em extensão territorial e população. É considerada a décima economia mundial, sendo esta concentrada e mal distribuída, gerando assim, as péssimas condições de vida e de saúde para grande parte da população.

Completando a caracterização geográfica do Brasil, Castelar et. al. (1995) menciona que ele está localizado na América do Sul, com maior parte na porção oriental, está

divido em cinco macro Regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) que apresentam diferentes realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias, face as diferentes colonizações e distribuições geográficas.

Campos et. al. (1986) coloca que o país adota um modelo de desenvolvimento caracterizado como modernização conservadora, muito embora, nos últimos anos, forçosamente tenha adotado uma política de modificação estrutural do Estado e sua ingerência sobre órgãos de benefício público, através da adoção das privatizações. Segundo Valenti (1995) o Estado vem debatendo novas formas de reduzir sua participação no setor econômico, caracterizando o neoliberalismo nacional.

Com relação à saúde, o país centra suas ações no Ministério da Saúde, que por sua vez repassa suas orientações às Secretarias de Estado da Saúde, que repassam às Secretarias Municipais de Saúde, e por fim, aos serviços de saúde.

Não é novidade colocar que a realidade vivenciada hoje é de crise no sistema de saúde, baseando-se no que coloca Campos et. al. (1986) quando menciona que o Brasil não consegue atender a demanda da sociedade, acarretando em serviços com baixa qualidade e altas taxas de mortalidade.

A proposta do estudo foi desenvolvida tendo como base o território e a realidade do Estado de Santa Catarina.

Segundo o Plano Estadual de Saúde (1998) elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, o território catarinense está localizado na Região Sul do Brasil e tem aproximadamente 4,55 milhões de habitantes, distribuídos em 95.483 Km, correspondente a 1,12% do território nacional. As características estaduais receberam forte influência dos colonizadores, em sua maioria alemães e italianos, que impuseram um jeito europeu de desenvolvimento. As características geográficas propiciam condições para o desenvolvimento da integridade física dos indivíduos, assim como melhores condições de vida para os habitantes do Estado.

3.1.2. O sistema de saúde

Com a observância da abrangência da saúde, de sua importância e de seu papel junto à sociedade, deve-se buscar compreender como a saúde é disponibilizada para a sociedade. De que forma os indivíduos têm acesso aos serviços que possibilitam a saúde na sua amplitude.

Para a contextualização deste estudo, é preciso então, compreender como funciona o sistema de saúde. Chaves (1978) caracteriza sistemas colocando que eles formam:

um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo [...] uma conotação de plano, método, ordem, arranjo [...] é a idéia implícita de relação entre as partes, de modo que o todo reúne características próprias, não existentes em cada parte isoladamente. (Chaves, 1978, p.58-103)

Sobre o sistema de saúde, em particular, este autor coloca que ele é o equilíbrio entre a saúde individual e a saúde coletiva, definido que seu objetivo é aumentar a média da saúde coletiva através do aumento da saúde individual. Coloca ainda que a sociedade humana, ou metassistema, necessita das ações de saúde, que são responsabilidade do sistema de saúde.

Johnson e Schulz (1979, p.5-11) têm uma definição mais prática e aplicável de sistema de saúde, onde colocam que ele se origina da interação entre meio ambiente, o comportamento da sociedade, a hereditariedade e os serviços de atenção à saúde, que servem como inputs (insumos) à saúde psicossocial (emocional e mental) e somática (física), através de um equilíbrio ecológico, dos recursos naturais, dos sistemas culturais e das características populacionais. Estes chamados *inputs* à saúde seriam assim, os fatores que se relacionam diretamente na saúde.

Os chamados inputs recebem a seguinte conceituação:

- Meio-Ambiente: envolve aspectos físicos (ambiente natural ou que sofreu ações antrópicas), aspectos sócio-culturais, políticos, econômicos, educação entre outros;
- Comportamento: refere-se diretamente a forma de agir do indivíduo e da sociedade. Aborda hábitos (fumar, ingerir drogas, álcool, dirigir perigosamente etc.) e emoções (solidão, tristezas, experiências de impacto emocional forte etc.);
- Hereditariedade: refere-se a herança genética do indivíduo, ou seja, aborda aspectos como suscetibilidade a doenças, aspectos étnicos ou raciais etc.;
- Serviços de Atenção à Saúde: são as questões inerentes aos serviços de saúde comunitários prestados pelas agências do meio e de saúde pública.

Esta última categoria, os serviços de atenção à saúde, destaca-se por ter os hospitais como principais representantes. Engloba ainda todas as entidades assistenciais de saúde, denominadas pelo Ministério da Saúde somente como EAS.

3.1.2.1. O panorama do sistema de saúde

No mundo, de maneira geral, inúmeros países estão reformando seu sistema de saúde para sistemas que reorientem as bases pelas quais os recursos para a saúde se originam e se distribuem entre os distintos segmentos da população. Medici (1997, p.21-25) coloca que atualmente, tem-se adotado sistemas de saúde organizados pela demanda no lugar de Sistemas Únicos, o que tem permitido inverter a tendência histórica de elevação do gasto com relação ao aumento do número de atendimentos.

Entretanto, no Brasil, a reforma sanitária parece não acompanhar as mudanças implementadas de outros países. Segundo Castelar et. al. (1995), o sistema de saúde brasileiro aumenta os gastos com a saúde, sem entretanto, aumentar a qualidade dos serviços prestados ou a abrangência dos atendimentos. O sistema público, embora seja gratuito, ainda onera as famílias pobres com elevadas somas – principalmente na aquisição de medicamentos – em seu escasso orçamento, caracterizando a dimensão injusta da distribuição dos recursos da saúde. Vale ressaltar que no Brasil mais de um quarto da população não tem acesso regular aos serviços básicos de saúde, caracterizando a atual situação.

Fugindo das tendências mundiais, o Brasil instituiu na constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), colocando-o como a solução para a universalização da saúde:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195 [dispõe que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta ou indireta e das disponibilizações de recursos], com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. (Brasil, 1988, p.81)

Entretanto, o aumento da demanda e dos gastos não foram correspondidos pelo SUS. A fim de minimizar as distorções entre a relação demanda / gastos e a distribuição dos recursos da saúde, o Governo Federal, em portaria publicada em janeiro do ano dois mil, adotou medidas para aumentar a autonomia dos Estados e Municípios.

3.1.2.2. O sistema de saúde no Brasil

O sistema de saúde no Brasil é formado por uma extensa quantidade de instituições interligadas voltadas para o benefício da saúde. A saúde no Brasil comporta os serviços públicos e os serviços privados de saúde, com suas diferentes modalidades.

A constituição de 1988, implementou o Sistema Único de Saúde – SUS, que garantiria a todos os indivíduos assistência médica universal fornecida pelo setor público, complementada pelo Setor Privado. Esta constituição prevê os três pilares que compõem o SUS: equidade, universalidade e integralidade. Entretanto, face às desigualdades sociais vigentes no país, a implantação de um “Sistema Único de Saúde” não atende a demanda de cada região, acarretando em má distribuição dos serviços de saúde. Outro ponto é que o SUS inibe a adequação dos recursos de cada região de acordo com sua realidade.

Neto (1997) coloca que a atual situação consegue não agradar ninguém. Quando os serviços são públicos é notória a falta de eficiência, humanização, motivação etc. Quando os serviços são prestados por profissionais contratados ou credenciados da área privada, sua insatisfação decorre da baixa remuneração e da burocracia característica dos órgãos públicos. Quando o usuário presencia esse descaso na figura de agente passivo, sente-se também infeliz. (Neto, 1997, p.23-25)

Dados obtidos junto a AHESC – Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina e a FEHOESC – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Santa Catarina, apontam que outra forma de se obter recursos é a prestação de serviços às entidades de saúde suplementar e que estas, por sua vez, negociam livremente com as entidades de assistência à saúde, buscando menores patamares de remuneração, onde quem perde é o nosocômio, prejudicado pela indisponibilidade de recursos.

3.2. A rede hospitalar

∕A definição dos serviços de atenção à saúde é importante para este estudo, uma vez que os hospitais estão alocados dentro deste contexto. Para Roemer apud Castelar et. al. (1995), “os sistemas de serviços de saúde são estruturas muito complexas. Seus componentes seriam: (1) o desenvolvimento de recursos; (2) a organização de programas; (3) o suporte econômico; (4) a gestão; (5) o fornecimento de serviços.” (Castelar et al., 1995, p.70-71). Coloca ainda que os serviços de atenção à saúde devem ser compreendidos em dois níveis: o

individual e o coletivo. Carvalho, outro autor citado por Castelar et. al. (1995) define o nível individual como a “atenção a um indivíduo específico, que interage com os serviços de saúde e que opina sobre o serviço que lhe presta atenção”. Sobre o nível coletivo coloca que é a atenção a “toda uma população, cobrindo todos os grupos etários, além da responsabilidade sanitária, preocupando-se e atuando em conjunto com a população na resolução de seus problemas.” (Castelar et. al., 1995) /

É neste ponto que entra a figura do hospital como prestador de serviço de atenção à saúde. Segundo Castelar et. al. (1995) “o hospital é, na maior parte das situações, a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde.” (Castelar et. al., 1995, p.73). É através do hospital que o indivíduo tem acesso às principais ações de saúde, sejam elas de ordem preventiva ou curativa. Campos (1986) citando o descrito do Ministério da Saúde, define hospital como:

parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral; curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centros de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente e estabelecer definição diversa para Hospital Geral que seria aquele hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças de várias especialidades médicas. (Campos et. al., 1986, p.9)

A Federação Latino Americana de hospitais conceitua hospital como sendo:

todo estabelecimento com leitos, independente da sua denominação, dedicado à assistência médica, em forma ambulatorial e por meio de internação, seja de dependência estatal, privada ou de Seguro Social; de alta ou baixa complexidade; com fins lucrativos ou não, declarados nos seus objetivos institucionais; abertos a toda comunidade de sua área de captação ou com sua admissão limitada para um único setor. (Federação Latino Americana de hospitais, 1998, p.71)

Outra definição é feita por Perrone (1977):

Estabelecimento com pessoal médico organizado, com instalações permanentes que incluem leitos para pacientes internos; e com serviços médicos que incluem assistência por médicos e

cuidados contínuos de enfermagem, para proporcionar diagnóstico e tratamento aos pacientes. (Perrone, 1997, p.9)

Este autor faz ainda uma divisão entre os hospitais, colocando que eles podem ser Gerais e Especializados. Para o autor, Hospital Geral é:

aquele destinado a internar pacientes de várias especialidades, podendo, porém, ter sua ação limitada a um grupo etário (Hospital Infantil), a um determinado grupo da comunidade (Hospital Militar, Hospital de previdenciários) ou a finalidade específica (Hospital de Ensino). (Perrone, 1977, p.9-10)

Continuando, coloca que Hospital Especializado é “aquele destinado a internar pacientes predominantemente de uma especialidade (Exemplo: Hospital de Ortopedia, Tuberculose, Doenças Nervosas, Lepra etc.).”

3.2.1. Histórico dos hospitais

Os hospitais evoluíram a partir da assistência a desvalidos prestada por entidades religiosas. Primeiramente, assistência era feita dentro de igrejas, conventos mosteiros etc.

Com o aumento das necessidades populacionais, o acúmulo de necessitados obrigou as entidades religiosas a criarem locais específicos para dar assistência à saúde. Nasceram com isso, as Santas Casas de Saúde.

Segundo dados apresentados por Castelar et. al. (1995, p.42) o primeiro hospital fundado no Brasil foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, em 1565. Estas entidades espalharam-se pelas demais Capitânicas ao ponto que quase todas as cidades tinham a sua Santa Casa. Campos (1986, p.26), colocou que as primeiras ações de saúde pública no Brasil ocorreram com a chegada de Dom João VI, em 1.808, e a instituição das primeiras Casas de Saúde Pública. Pode-se colocar que, com a saúde pública houveram inúmeras evoluções no sistema de saúde, dentre as quais destaca-se o surgimento da administração hospitalar.

Campos (1986, p.27-29) destaca ainda que a evolução da rede hospitalar brasileira foi diretamente influenciada pelas necessidades sentidas, definições políticas localizadas ou por interesses de grupos, e não em função de uma política de saúde de caráter

nacional. Os hospitais, apesar de instituídos como organizações, continuaram a administrar-se com enfoque assistencial, ignorando os preceitos empresariais como planejar, organizar, controlar, comandar e gerenciar.

Este autor destaca a importância da administração quando coloca que os hospitais, tendo sua administração nas mãos de religiosos ou médicos despreparados, os recursos hospitalares foram – e ainda são – aplicados deliberadamente de maneira empírica, sem planejamento orçamentário, financeiro ou avaliação do custo/benefício. Esta inoperância administrativa manteve-se ao longo dos anos e se multiplicou com o número de hospitais, levando ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços.

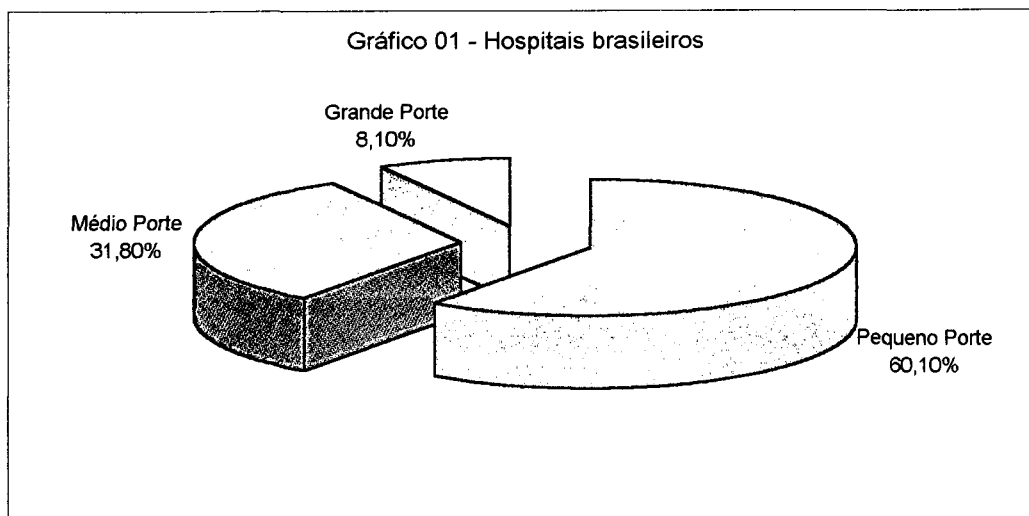
Hoje, as discrepâncias organizacionais são facilmente observadas entre os hospitais que investiram em planejamento e estruturação organizacional e os hospitais que simplesmente subsistiram.

Para a verificação das necessidades dos hospitais hoje, deve-se primeiro analisar o ambiente externo para depois partir para a análise do ambiente interno. Na análise do ambiente externo deve-se levar em consideração aspectos que influenciam diretamente na organização como globalização, tendências, macroeconomia etc. No ambiente interno deve-se analisar a ambiência nos aspectos administrativos hospitalares.

3.2.2. A rede hospitalar no Brasil

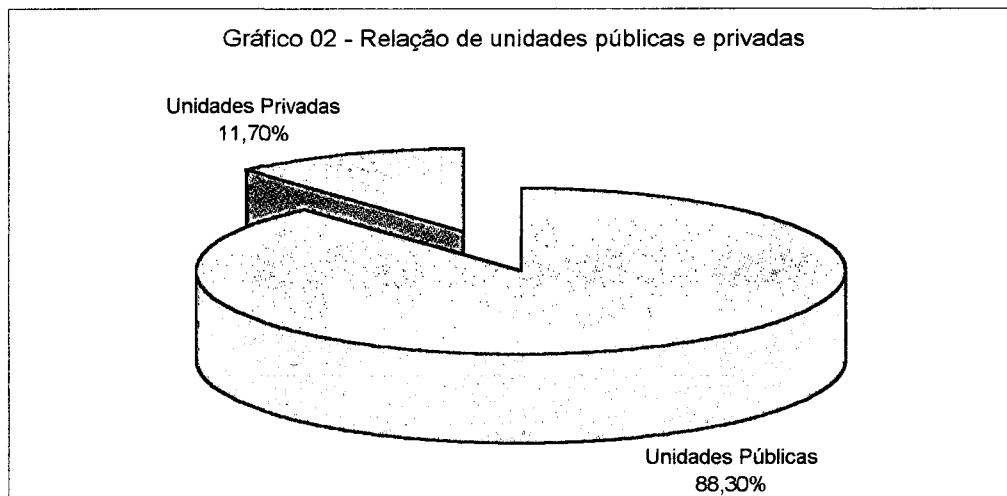
Segundo o Hospital Virtual (www.hospvirt.org.br - 20/04/2000 - 17:30 horas) a AMB – Associação Médica Brasileira, publicou um documento em 1993 que aponta que o Brasil possui um total de 6.532 hospitais. Destes, 60,1% são hospitais de pequeno porte, 31,8% são hospitais de médio porte e 8,1% de grande porte, conforme Gráfico 01. Estas definições decorrem do número de leitos e da complexidade dos serviços oferecidos, conforme especificações do Ministério da Saúde.

- Hospitais de Pequeno Porte: até 50 leitos;
- Hospitais de Médio Porte: de 51 a 150 leitos;
- Hospitais de Grande Porte: de 151 a 350 leitos;



Fonte: Hospital Virtual, 2000

Do número apresentado, cerca de 88,3% são unidades públicas, enquanto que os 11,7% restantes são unidades Privadas, apresentado no Gráfico 02. Os hospitais públicos são instituições pertencentes ao governo que prestam serviços médico-hospitalares para a parcela da população que não tem recursos para utilizar o sistema privado. Estes serviços são financiados por contribuições vindas basicamente de receitas tributárias.



Fonte: Hospital Virtual, 2000.

Para o Hospital Virtual (www.hospvirt.org.br - 20/04/2000 - 17:30 horas) , os hospitais privados dividem-se ainda em três segmentos: o privado não lucrativo, o lucrativo complementar e o lucrativo assistencial.

O segmento privado não lucrativo é composto por entidades filantrópicas, representados principalmente pelas Santas Casas e pelas instituições formadas por grupos imigrantes, como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital do Coração, em São Paulo.

Há uma grande diferença a ressaltar entre estes dois subgrupos: as Santas Casas, historicamente, têm como clientes, em sua maioria, pessoas que não têm recursos e necessitam de assistência médica. Já as instituições de grupos imigrantes atendem principalmente pessoas com planos de saúde privado.

O segmento privado lucrativo complementar se autodenomina setor supletivo de saúde e é formado pelas empresas de assistência médica e seguradoras, ou seja, pelos planos de saúde. Suas principais modalidades são: medicina de grupo, cooperativas, seguro-saúde, planos de administração e autogestão. Este seguimento é também enfocado neste trabalho por incluir as entidades de saúde suplementar, nas quais se buscará melhor remuneração pelos serviços médico-hospitalares através da classificação dos hospitais.

O segmento privado lucrativo assistencial é formado pelas instituições assistenciais que, em sua maioria, não mantêm qualquer vínculo com o Sistema Único de Saúde – SUS e também não estão ligadas a grupos do setor lucrativo complementar.

Até a Constituição de 1988 havia, por parte do governo, incentivos fiscais para a construção de hospitais, sendo que nas décadas de 60, 70 e 80 houve grande proliferação de entidades pelo país.

3.2.3. A rede hospitalar em Santa Catarina

De acordo com dados da AHESC – Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina e da FEHOESC – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina, o Estado conta hoje com 224 hospitais distribuídos em sete macro-regiões políticas:

Região da Grande Florianópolis: possui 21 hospitais distribuídos entre os municípios de Angelina, Anitápolis, Florianópolis, Nova Trento, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

Região Norte e Nordeste: possui 31 hospitais distribuídos entre os municípios de Araquari, Campo Alegre, Canoinhas, Corupá, Guaramirim, Irineópolis, Jaraguá do Sul, Joinville, Mafra, Major Vieira, Massaranduba, Matos Costa, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco do Sul e Três Barras.

Região Sul: possui 27 hospitais, sendo estes distribuídos entre os municípios de Araranguá, Armazém, Braço do Norte, Criciúma, Grão Pará, Içara, Imaruí, Imbituba, Jacinto Machado, Jaguaruna, Laguna, Lauro Muller, Meleiro, Morro da Fumaça, Nova Veneza,

Orleans, Praia Grande, Rio Fortuna, São Martinho, Sombrio, Timbé do Sul, Treze de Maio, Tubarão Turvo e Urussanga.

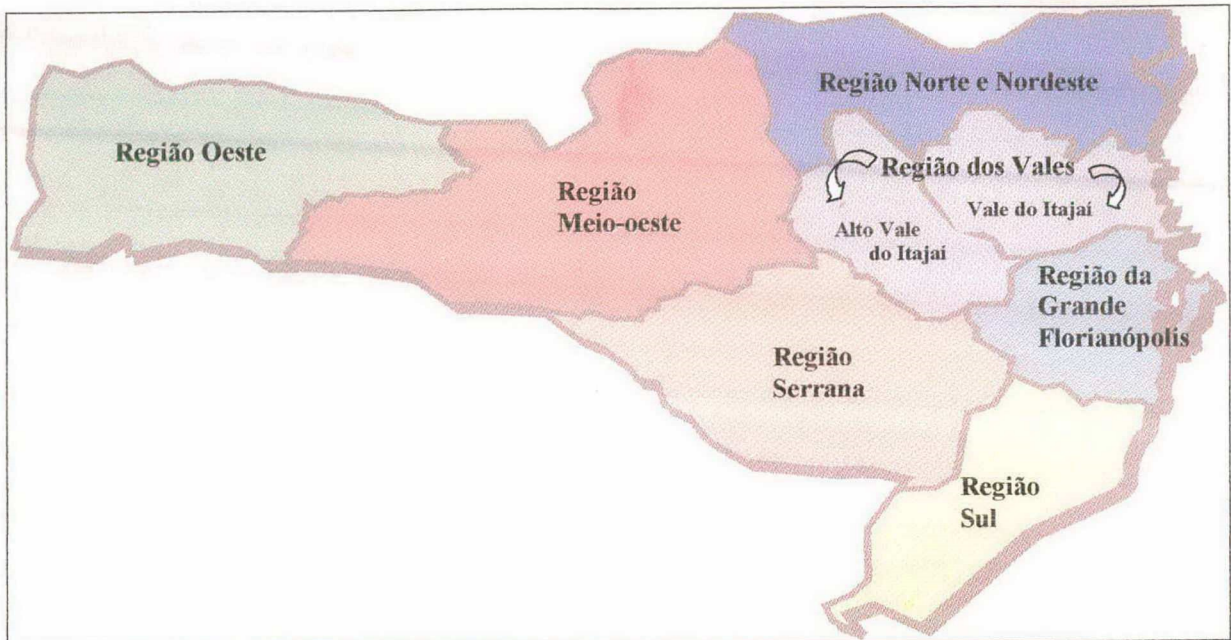
Região Serrana: possui 16 hospitais distribuídos entre os municípios de Alfredo Wagner, Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Lages, Otacílio Costa, Ponte Alta, São Joaquim, São José do Cerrito e Urubici.

Região Meio Oeste: possui 33 hospitais distribuídos entre os municípios de Água Doce, Arabutã, Arroio Trinta, Caçador, Campina da Alegria, Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Concórdia, Curitibanos, Erval Velho, Fraiburgo, Ipira, Ita, Jaborá, Joaçaba, Lebon Régis, Luzerna, Peritiba, Presidente Castelo Branco, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília, Seara, Tangará, Treze Tílias e Videira.

Região Oeste: possui 49 hospitais distribuídos entre os municípios de Abelardo Luz, Anchieta, Caibi, Campo Erê, Caxambu do Sul, Celso Freitas, Chapecó, Cunha Porá, Descanso, Dionísio Cerqueira, Faxinal dos Guedes, Galvão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Irani, Itapiranga, Joaçaba, Maravilha, Modelo, Mondai, Nova Erechim, Palma Sola, Palmitos, Pinhalzinho, Ponte Serrada, Quilombo, Romelândia, São Lourenço do Oeste, São Miguel do Oeste, São Carlos, São Domingos, São João do Oeste, São José do Cedro, Saudades, Tunápolis, Vargeão, Xanxerê, Xavantina e Xaxim.

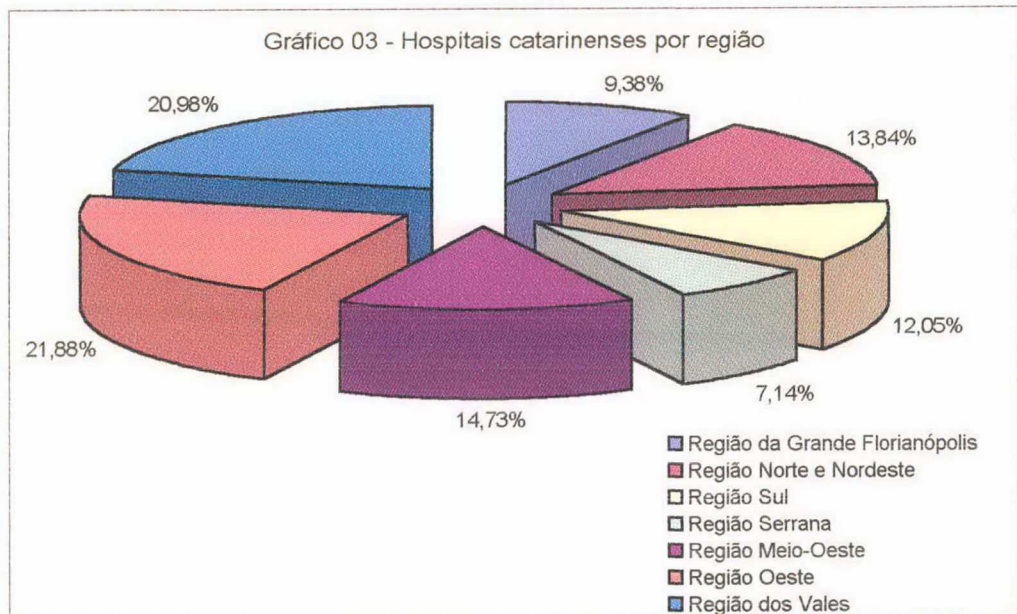
Região dos Vales: esta macro-região compreende duas outras regiões políticas, a Região do Alto Vale do Itajaí e a Região do Vale do Itajaí. Nesta Região existem 47 hospitais distribuídos entre os municípios de Agrolândia, Acurra, Aurora, Balneário Camburiú, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Camburiú, Canelinha, Gaspar, Ibirama, Imbuia, Indaial, Itajaí, Ituporanga, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Petrolândia, Pomerode, Pouso Redondo, Presidente Getúlio, Rio do Campo, Rio do Oeste, Rio do Sul, Rio dos Cedros, Rodeio, São João Batista, Salete, Taió, Timbó, Trombudo Central, Vitor Meirelles e Witmarsum.

Estas macro-regiões estão representadas no mapa a seguir, que permite a visualização das áreas:



Fonte: AHESC e FEHOESC, 2000.

Comparando o total de hospitais em relação a sua distribuição por regiões, percebe-se que grande parte dos hospitais são distribuídos nas Regiões Oeste e dos Vales, conforme apresentado no Gráfico 03:



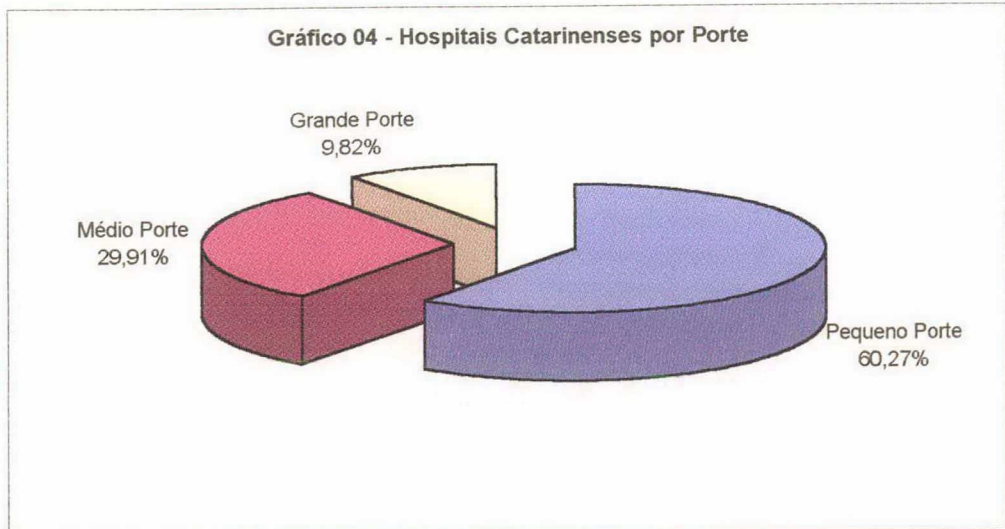
Fonte: AHESC, 2000.

Adotando as definições do Ministério da Saúde, a AHESC e a FEHOESC distribuem os hospitais catarinenses de acordo com o número de leitos e a complexidade dos serviços:

- Hospitais de Pequeno Porte: até 50 leitos;

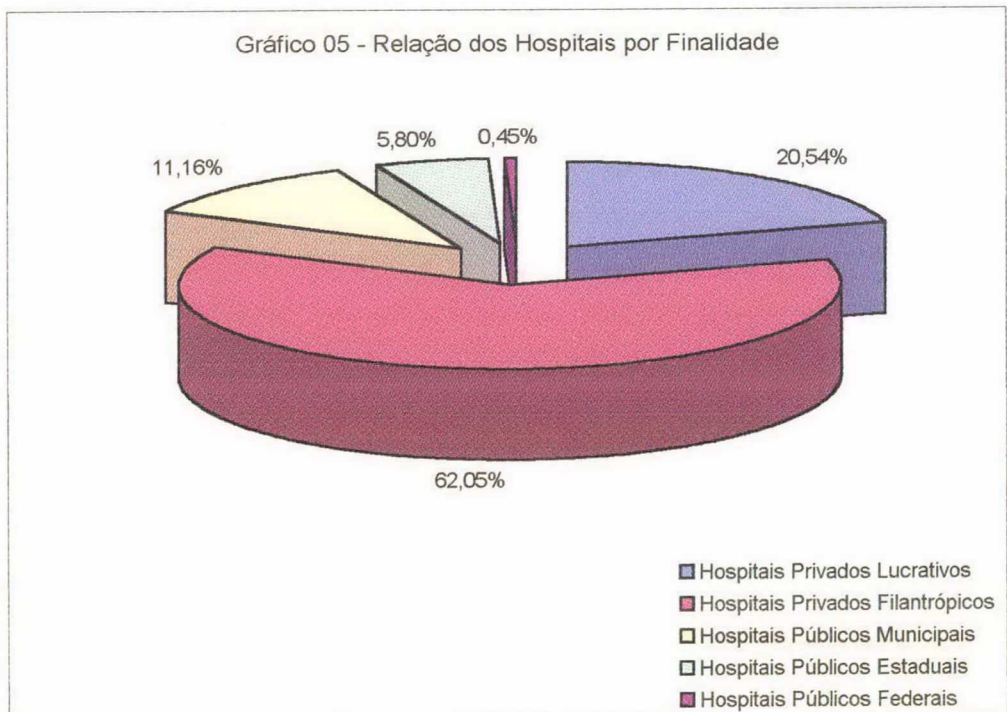
- Hospitais de Médio Porte: de 51 a 150 leitos;
- Hospitais de Grande Porte: de 151 a 350 leitos;

No Estado estão assim divididos: 60,27% de pequeno porte, 29,91% de médio porte e 9,82% de grande porte, conforme representado no Gráfico 04.



Fonte: AHESC, 2000.

Os hospitais em Santa Catarina são, em sua maioria, hospitais privados, sendo que destes 75,14% são filantrópicos, ou seja, atendem toda a população sem fins lucrativos. As proporções entre entidades privadas, filantrópicas, municipais, públicas estaduais e públicas federais apresentam-se no Gráfico 05.



Fonte: AHESC, 2000.

3.2.4. A administração hospitalar

A Administração Hospitalar é uma atividade altamente complexa. Exige do administrador, além dos conhecimentos gerais necessários, conhecimentos técnicos específicos envolvidos em vários procedimentos administrativos, além de grande dedicação e flexibilidade aos problemas inesperados e previstos. Peter Drucker, citado por Coury in 2º Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde (1996, p.100-102), coloca que “uma unidade hospitalar, por sua própria natureza, tem que ser um centro de excelência e assim reconhecido pelos seus funcionários, seus fornecedores, pela comunidade e, sem exceção, pelos seus clientes.” O mesmo autor, após destacar a importância dos hospitais apresenta a necessidade da administração: “os hospitais se transformaram numa das organizações mais complexas, exigindo administração de competência extraordinária” (Drucker 1989, p.167). Esta colocação reforça a importância do administrador no funcionamento de um hospital.

Castelar et. al. (1995, p.80) coloca que a administração hospitalar tem a perspectiva de dotar as organizações hospitalares de visão empresarial, ou seja, de práticas comprometidas com os objetivos da administração, que podem ser traduzidos na busca da eficiência e da qualidade. Abordando uma visão econômica, Bermann (1979, p.4) aponta que a Administração Hospitalar visa “perpetuar o funcionamento continuado do hospital, assegurando que as receitas totais, no mínimo, igualem os custos totais ou as despesas.” (Bermann, Howard Jr., Weeks, Lewis E., 1979, p.4). Estes autores, sob o enfoque de uma visão social, colocam que a Administração Hospitalar “visa prover a comunidade com os serviços que ela necessita a um nível aceitável de qualidade, e ao menor custo possível.”

Coury apud Hospitalar (1996) destaca que a busca da eficiência e da eficácia nos hospitais deve passar pela busca de parcerias, internas e externas, ter orientação para os resultados, desenvolvimento da gestão de recursos humanos, planejamento estratégico, informação e análise e, por fim, foco no cliente (paciente). (Hospitalar, 1996, p.100-103).

3.3. O sistema de remuneração da saúde

Os hospitais, públicos ou privados, por prestarem serviços à comunidade, recebem a remuneração pelos seus serviços. Esta remuneração pode ser repassada pelo Governo Federal, através do SUS, ou por parte das entidades de saúde suplementar.

Esta remuneração representa a maior parte das receitas dos nosocômios, caracterizada sua importância para as entidades.

3.3.1. SUS – Sistema Único de Saúde

Em 1983, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS – instituiu, através das Resolução nº 4/83 de 18 de maio de 1983, o Sistema de Assistência Médica da Previdência Social, estabelecendo os critérios para sua remuneração.

Criou, no ato desta Lei a:

SH – Serviços Hospitalares: os quais compreendem as diárias e taxas, os materiais e medicamentos utilizados e os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT;

AIH – Autorização de Internação Hospitalar: são documentos organizados mensalmente e encaminhados em lotes aos órgãos competentes. Após a análise, as AIHs corretamente preenchidas são reembolsadas pelo governo conforme seu Quadro de Procedimentos. As AIHs com preenchimento incorreto sofrem o processo de glosa.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, foi criado o SUS, que juntamente com o INAMPS, implementou algumas alterações no Sistema de Remuneração dos Serviços Médico Hospitalares. Foram instituídas a partir das Portarias do Ministério da Saúde nº 896 de 29/06/1990, 227 de 27/07/1990 e 228 de 01/08/1990:

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS: traz a remuneração das informações referentes às AIHs, ou seja, os relatórios que serão reembolsados e os relatórios glosados.

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS: compreende a remuneração alterada do substituído SH, ou seja, compreende a remuneração das diárias, taxas, materiais, medicamentos e os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT;

O Sistema Único de Saúde remunera hoje os hospitais utilizando os sistemas SIH-SUS e SIA-SUS, de acordo com Quadros que prevêm inúmeros procedimentos e serviços médico-hospitalares. Estes valores são fixados pelo Ministério da Saúde e repassados às entidades assistenciais de saúde através das S.E.S – Secretarias de Estado da Saúde.

O Governo Federal institui um teto financeiro para os Estados da União, repassando às suas respectivas Secretarias de Estado da Saúde, o montante referente ao teto. As Secretarias Estaduais, por sua, repassam estes valores para as secretarias municipais de saúde ou diretamente para as entidades.

O fato deste sistema de remuneração ser elaborado pelo Governo Federal, diminui a possibilidade de ingerência ou discussão por parte das entidades de saúde. Portanto, para não sofrerem com a alegada escassez de recursos, os hospitais buscam outras formas de remuneração, o que os obriga a vender seus serviços médico-hospitalares às entidades de saúde suplementar.

3.3.2. Sistema de saúde suplementar

As entidades de saúde suplementar são regulamentadas pela Lei nº 9.656. Esta Lei foi sancionada em 03 de junho de 1998, após mais de sete anos de discussões e diversos projetos apresentados na Câmara e no Senado Federal.

De acordo com o teor da Lei nº 9.656, publicada pela Agência Nacional de Saúde em 1998, enquadram-se nesta categoria as pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica e hospitalar, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador.

Para a regulamentação das entidades e a verificação da Lei 9.656, foi criada, a partir da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – que tem como principal finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

4. METODOLOGIA DE TRABALHO

A metodologia é o conjunto de métodos, técnicas e instrumentos utilizados em cada etapa de desenvolvimento do trabalho. Este estudo foi elaborado e desenvolvido observando-se a realidade da rede hospitalar no Estado de Santa Catarina. A metodologia utilizada buscou a análise contingencial dos hospitais do Estado face a proposta de classificação hospitalar por nível de atendimento. Tendo em vista que a essência do trabalho é a instituição de um modelo para a classificação dos hospitais, planejou-se sua elaboração em inúmeros passos para se identificar e analisar o contexto do objeto de estudo. A estes passos denomina-se objetivos específicos.

4.1. Tipo de estudo

Este item da metodologia descreve de que maneira o estudo foi conduzido e de que forma foram abordadas as técnicas utilizadas. Quanto à natureza dos dados, este estudo foi desenvolvido baseando-se na pesquisa qualitativa. Mattar (1997) define pesquisa qualitativa como aquela utilizada para identificar a presença ou ausência do objeto de estudo.

Quanto aos fins, este estudo foi desenvolvido como uma pesquisa exploratória/descritiva buscando a construção de um instrumento para a classificação dos hospitais. Vergara (1990) define pesquisa exploratória como uma investigação em áreas onde há pouco conhecimento sistematizado acumulado. Mattar (1997) completa a definição colocando que a pesquisa exploratória visa também prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou o problema de pesquisa em perspectiva. Buscou-se o desenvolvimento desta baseando-se nos métodos da pesquisa exploratória apresentados por Mattar (1997): levantamentos em fontes secundárias, levantamentos de experiências e na observação pessoal.

A pesquisa descritiva é conceituada por Gil (1988) como aquela que tem o objetivo de descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, verificar a relação entre variáveis. Vergara (1990) reforça mencionando que a pesquisa descritiva é a exposição das características de determinada população ou de determinado fenômeno.

Quanto aos meios, desenvolveu-se como uma pesquisa documental/bibliográfica. Para Gil (1988, p.46) pesquisa documental é aquela que “observa materiais que não ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. Ainda conceitua a pesquisa bibliográfica como aquela que se baseia na análise de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos. Para Vergara (1990) pesquisa documental é a investigação realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas (fotografias, disquetes, atas, vídeos etc), já a pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido a partir de material acessível ao público em geral, ou seja, publicado em livros, revistas, jornais etc.

4.2. Técnicas utilizadas

Foram observadas algumas técnicas para a coleta dos dados relevantes à sua realização. Segundo Mattar (1997) o levantamento de dados é necessário e imprescindível para uma análise contingencial. Quanto mais informações tiver sobre a situação da rede hospitalar no Estado, mais fácil será a justificativa do processo de classificação dos hospitais.

Os métodos para a coleta de dados foram escolhidos de acordo com o bom senso, os objetivos e o tipo de pesquisa adotados. Para o desenvolvimento desta pesquisa foi feito levantamento de dados em fontes secundárias, experiências e pela observação pessoal.

Segundo Mattar (1997) levantamento em fontes secundárias compreende: levantamentos bibliográficos, levantamentos documentais, levantamentos de estatísticas e levantamentos de pesquisas realizadas.

Para Mattar (1997, p.82):

Levantamentos bibliográficos – [...] Este levantamento deverá envolver procura em livros sobre o assunto, revistas especializadas ou não, dissertações e teses apresentadas em universidades e informações publicadas por jornais, órgãos governamentais, sindicatos, associações de classe, concessionários de serviços públicos etc. (Mattar, 1997, p.82)

Levantamento documental – é a análise de documentos de entidades, disponíveis à pesquisa pública. Para o desenvolvimento deste trabalho foram analisadas informações obtidas junto a entidades de classe (AHESC – Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina e a FEHOESC – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços

de Saúde do Estado de Santa Catarina) e entidades governamentais (Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Foi observada ainda a legislação vigente, tanto a nível Ministerial como Constitucional.

Levantamento estatístico – é a análise de dados estatísticos publicados por instituições governamentais ou não, que ajudem no delineamento do problema de pesquisa. Foram levantados dados estatísticos junto a entidades da categoria (Hospital Virtual, S.O.S. Marketing etc.)

Levantamento de pesquisas efetuadas – é a verificação e a análise da existência e conteúdo de pesquisas semelhantes já realizadas por outras instituições. Foram observadas para este trabalho o projeto de classificação dos hospitais de outros Estados, realizados por entidades de classe, onde alguns processos tiveram êxito e outros fracassaram. (Classificação dos Hospitais do Paraná – FEHOSPAR, Classificação dos Hospitais da Bahia – SINDHOSBA, Classificação dos Hospitais de São Paulo – SINDIHOSP, entre outras).

Ainda adotando as definições de Mattar (1997) foram feitos os levantamentos de experiência, que ele define como a coleta de informações junto a pessoas que tenham conhecimento sobre o problema pesquisado. Este autor salienta que este tipo de levantamento tem o objetivo de “obter e sintetizar todas as experiências relevantes sobre o tema em estudo e, dessa forma, tornar o pesquisador cada vez mais consciente da problemática em estudo” (Mattar, 1997, p.83). Mattar (1994, p.179) define entrevista quando coloca que a “entrevista pessoal consiste em o entrevistador e o entrevistado estarem em contato pessoal para obtenção de dados”. Mattar (1997) ainda coloca sobre as formas para a realização deste levantamento:

Entrevistas individuais: é utilizada quando o grupo de profissionais ou especialistas for pequeno e tiver conhecimentos específicos. Foram conduzidas entrevistas informais e não estruturadas com presidentes de entidades de classe (AHESC e FEHOESC) e profissionais da Secretaria do Estado da Saúde e do Ministério da Saúde

Entrevista em grupo: é utilizada quando o grupo de profissionais for grande e de experiências assemelhadas. Foram conduzidos debates com diretores e administradores de hospitais durante a participação em reuniões e em encontros promovidos pelas entidades de classe. Este debate contou apenas com um roteiro de assuntos abordados, não sendo necessária sua estruturação.

Completando as técnicas da pesquisa exploratória, buscou-se utilizar a observação pessoal, sendo que esta é uma forma prática e rotineira de enriquecer e validar as conclusões tiradas pelas entrevistas. Esteve presente durante toda a elaboração deste estudo e foi utilizada para captar informações referentes à rede hospitalar de Santa Catarina e o

impacto da classificação dos hospitais. A observação pessoal foi essencial para a definição de aspectos de cunho pessoal dentro do objeto de estudo. Mattar (1997) define a observação pessoal como:

nossa natural capacidade de observar continuamente objetos, comportamentos e fatos a nosso redor. [...] Para pesquisas exploratórias, a observação deverá ser informal e dirigida, pois deverá estar centrada unicamente em observar objetos, comportamentos e fatos de interesse para o problema em estudo, mesmo que obtidos informalmente. (Mattar, 1997, p.85)

4.3. Limitações

Este trabalho enfrentou uma série de limitações que prejudicaram seu andamento, comprometendo o desenvolvimento de atividades paralelas relevantes à sua elaboração. As principais limitações encontradas para o desenvolvimento deste trabalho foram:

Delimitação: por se tratar de um projeto com abrangência estadual, a verificação de aspectos regionais foi dificultada e dispendiosa, consumindo muito tempo para sua verificação.

Pesquisa bibliográfica: a escassez de bibliografia específica e atual sobre administração hospitalar dificultou o embasamento teórico necessário para este trabalho.

Legislação: a busca pelas leis e todas as suas alterações, consumiram muito tempo da elaboração do instrumento.

Crterios para a avaliação: a dificuldade de se elaborar uma proposta que não deixasse de atender as exigências legais apresentadas pelas entidades governamentais e que não prejudicasse a avaliação dos hospitais, tanto os de pequenos como os de grande porte, exigiram simulações e discussões com administradores hospitalares, consumindo muito tempo para a estruturação.

4.4. Os passos seguidos para a realização do trabalho

A realização deste trabalho seguiu uma série de passos, sendo estes interligados de modo a tornarem-se imprescindíveis para sua efetivação. É importante trazer a seqüência e

a definição dos passos seguidos, a fim de deixar claro os procedimentos adotados no seu desenvolvimento.

1º passo: identificação do problema – esta identificação veio da observação das distorções na remuneração dos serviços médico-hospitalares nos diversos hospitais por parte das entidades de saúde suplementar. Notou-se que a remuneração dos serviços era feita com base na importância regional da entidade ou por pressões na negociação dos valores de remuneração, onde as entidades de saúde suplementar levam vantagem nas negociações. Daí a necessidade de se desenvolver um instrumento capaz de aumentar o poder de barganha dos hospitais, assim como estimular a qualidade dos serviços.

2º passo: a observação de outros projetos de classificação – buscou-se o contato com outros Estados e entidades que já tivessem desenvolvido o projeto de classificação de hospitais. Observou-se os processos bem sucedidos de implantação e os que falharam, a fim de concluir quais aspectos otimizar e quais que mereciam maior estudo.

3º passo: a coleta de informações – partiu basicamente da análise e tabulação dos dados obtidos através de levantamentos em fontes secundárias (bibliografia, documentos, estatísticas e outras pesquisa já realizadas), no levantamento de experiências (entrevistas individuais e em grupos) e, por fim, com a observação pessoal durante todo o processo.

4º passo: a adequação à realidade do Estado – de posse das informações necessárias, buscou-se a adaptação à realidade da rede hospitalar catarinense e suas particularidades.

5º passo: a estruturação do instrumento – foi basicamente a criação dos quadros para alocar os critérios para a avaliação, assim como dispor a pontuação respectiva de cada item.

6º passo: a criação dos critérios de avaliação – correspondeu a atribuição de pesos aos itens avaliados através dos quadros.

7º passo: a estruturação do trabalho acadêmico – a partir do instrumento foi estruturado o trabalho, que já tinha as informações necessárias, faltando apenas ordená-las.

8º passo: teste de consistência do instrumento de avaliação – o instrumento foi aplicado em dois hospitais, um de médio porte e outro de grande porte, a fim de verificar as eventuais inconsistências.

9º passo: recomendações – com a conclusão do trabalho, ou seja, a elaboração do instrumento, fez-se as recomendações necessárias para a aplicação da classificação dos hospitais.

Cronograma dos passos do trabalho:

Nº	PASSOS	MESES			
		Mar	Abr	Mai	Jun
1º	Identificação do problema				
2º	A observação de outros projetos de classificação				
3º	A coleta de informações				
4º	A adequação à realidade do Estado				
5º	A estruturação do instrumento				
6º	A criação dos critérios de avaliação				
7º	A estruturação do trabalho acadêmico				
8º	Teste de consistência do instrumento				
9º	Recomendações				

5. DESENVOLVIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS

5.1. A classificação dos hospitais

Com base no contexto da saúde e da rede hospitalar no Estado de Santa Catarina, viu-se a necessidade de aumentar o poder de negociação das entidades de saúde face às pressões exercidas pelas seguradoras diante da remuneração dos serviços médico-hospitalares. Uma das formas mais eficazes de conseguir esta vantagem é a classificação dos hospitais. Outro ponto é que a classificação hospitalar, por buscar também uma melhor remuneração, acaba por incentivar a melhoria contínua dos serviços, tornando-se uma importante ferramenta para a administração hospitalar.

A classificação hospitalar tem por objetivo alocar as entidades de serviços de saúde em categorias escalonadas, considerando a importância e a qualidade da assistência médico-hospitalar oferecida nos hospitais, observando as condições do atendimento prestado, baseada na disponibilidade de serviços, recursos materiais, humanos e investimentos tecnológicos aplicados à saúde.

É importante salientar que a classificação dos hospitais busca, antes de mais nada, levantar o nível de atendimento médico-hospitalar no Estado, servindo de instrumento para a destinação de políticas futuras de investimento por parte do Governo Federal. E por tratar-se de um projeto, ela apresenta oportunidades e ameaças.

5.1.1. O sistema de remuneração da Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED

Tem-se como maior representante das entidades de saúde suplementar, tanto a nível estadual como nacional, a Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED que é uma cooperativa de médicos associados.

A UNIMED, depois do SUS, é a principal compradora dos serviços médico-hospitalares do Estado. No Estado, ela é representada pela UNISANTA – UNIMED de Santa Catarina.

Seu sistema de remuneração baseia-se em negociações regionais com as entidades prestadoras de serviços de saúde, onde define preços de reembolso baseados na

tabela de preços da AMB – Associação Médica Brasileira. Entretanto, a remuneração de muitos serviços médico-hospitalares, especificamente, são instituídos por meio de negociação individual com as entidades, onde são impostos valores baixos de remuneração. Estas negociações são possíveis em função da lacuna existente na Lei nº 9.656, de 03 julho de 1998, que regulamenta as entidades de saúde suplementar, deixando de regulamentar a forma de remuneração por parte destas entidades. Sem poder de barganha, as entidades assistenciais de saúde sucumbem à pressão da “perda do convênio”, principal alegação da compradora.

Este sistema faz com que inúmeros hospitais recebam valores absurdos de remuneração de serviços.

5.1.2. Os serviços médico-hospitalares

Os serviços médico-hospitalares estão diretamente relacionados ao objetivo deste trabalho, uma vez que, com base neles, busca-se classificar a entidade em um nível de remuneração proposto.

É necessário, portanto, compreender do que tratam estes serviços. Kotler (1998), conceitua serviço como qualquer ato ou desempenho que uma parte possa oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada. Como não se pode avaliar previamente, o cliente busca evidências que comprovem a qualidade do serviço desejado. Na assistência médico-hospitalar não é diferente. A falta de qualidade de um serviço pode resultar no óbito de um usuário. Vê-se com isso, a particularidade dos serviços médico-hospitalares.

O Ministério da Saúde, conceitua Assistência Médico-Hospitalar:

Assistência Médico-Hospitalar, aquela que tem por base a ação de um Serviço Médico (Ambulatório, Posto de Assistência Médica, Clínica, Policlínica, Serviço Médico Hospitalar) e/ou do Hospital e Assistência Hospitalar Geral, aquela prestada pelos hospitais gerais e Especializados com exceção dos que se destinam exclusivamente ao tratamento de tuberculose, hanseníase e doenças mentais. (Brasil, Ministério da Saúde, 1974)

A situação do hospital influencia diretamente nos serviços assistenciais. A SOS Marketing coloca que “os serviços têm produção e consumo simultâneo, não podendo ser estocados, sendo que a realização do serviço depende fortemente do executante (suas características pessoais, estado emocional, motivação etc.), tornado difícil sua padronização.”

(www.sos-marketing.com.br - 02/05/2000 – 12:25 horas). Coloca ainda que, quando o serviço é prestado na entidade prestadora, deve-se ter cuidado especial para a acomodação do cliente. Esta definição aponta para a realidade contingencial dos hospitais. Sem recursos para a aquisição de equipamentos e melhores condições de remuneração de pessoal, os serviços assistenciais sofrem influencia negativa por parte dos profissionais, o que pode acarretar em baixa qualidade.

Os serviços médico-hospitalares são produzidos com base no número de leitos, verificando-se a taxa de permanência, a rotatividade e a ocupação dos mesmos. Moreira (1999) define sistema de produção como “o conjunto de atividades e operações inter-relacionadas envolvidas na produção de bens ou serviços”. (Moreira, 1999, p.8). Coloca ainda que os sistemas de produção são constituídos basicamente de quatro elementos: os insumos, o processo de conversão, os produtos ou serviços e o subsistema de controle.

Esta produção de serviços, principalmente na saúde, deve atentar para a qualidade. Enfocando a qualidade dos serviços médico-hospitalares, Sloan e Chmel (1996) colocam que o caos do sistema de saúde levanta questionamentos com relação à qualidade da assistência médico-hospitalar, colocando a complexidade do conjunto de problemas enfrentados pelos prestadores. Menciona ainda que as entidades e os profissionais responsáveis pelos serviços precisam ser habilitados para uma abordagem multidisciplinar com relação ao tratamento, evitando danos aos usuários.

5.2. Oportunidades à implantação da classificação dos hospitais

A classificação dos hospitais é um projeto desenvolvido com base nas tendências apresentadas no setor da saúde. Constitui-se de um importante documento referencial de excelência nos serviços médico-hospitalares e por ter tamanha importância, aumenta consideravelmente o poder de barganha das entidades de saúde nas negociações com as entidades de saúde suplementar, em busca de uma remuneração mais justa dos serviços.

A classificação também torna-se um instrumento de melhoria contínua da qualidade dos serviços. Uma vez alocados em níveis, os hospitais terão balizadores para direcionar investimentos, buscando melhores níveis de classificação para poder reivindicar uma melhor remuneração.

Outro ponto é que a classificação pode servir como marketing positivo para o hospital bem classificado.

A vantagem de se instituir a classificação dos hospitais provém de uma série de aspectos que promoverão melhorias a médio e longo prazos, tanto para os hospitais como para os usuários. A classificação dos hospitais apresenta alguns pontos fortes, o que reforça a importância da aplicação deste projeto:

- Incentiva melhorias a médio e longo prazos.
- Proporciona a avaliação interna da entidade.
- Identifica pontos fortes e fracos da entidade.
- Gera a possibilidade de melhor remuneração.
- Identifica pontos de estrangulamento.

5.3. Ameaças à implantação da classificação dos hospitais

Por abranger toda uma categoria, a classificação dos hospitais pode vir a sofrer com a resistência de algumas entidades que não consigam compreender sua real importância, acarretando na desunião da categoria, o que tornaria ineficiente a classificação como instrumento de negociação.

A categoria pode também efetuar resistência por temer a desqualificação dos hospitais. A elaboração de um documento que exija padrões muito elevados, aquém da realidade catarinense, levaria muitos hospitais ao nível de insuficiência.

A exposição da ineficiência dos administradores hospitalares também seria outro fato gerador de resistência. A rede hospitalar padece por carência de administradores que encarem os hospitais como empresas e não como entidades assistenciais, e isto incomoda àqueles que se encaixam neste perfil.

Todo projeto que envolve um grande número de interessados, deve ser elaborado buscando o mínimo de resistência possível. Uma forma de garantir o êxito deste projeto é tentar conseguir a parceria da entidade mais diretamente interessada depois dos hospitais: a Cooperativa de Trabalho Médico UNIMED. A UNIMED, diante da proposta, pode sentir-se lesada o que geraria um conflito de interesses, acarretando num “cabo-de-guerra” que não seria interessante para nenhuma das entidades.

Como todo projeto, algumas desvantagens podem caracterizar o processo de implantação da classificação hospitalar. Estes pontos fracos devem ser previstos e trabalhados para que sua influência não comprometa a implementação do projeto. Consideram-se pontos fracos:

- Pode gerar desestímulo de algumas entidades.
- Planos de saúde podem pressionar os preços de remuneração para baixo.
- Pode tornar-se instrumento de depreciação (hospitais podem ser explorados, levando ao inchaço dos planos de saúde – monopólio).

5.4. A construção da proposta

O modelo de proposta para a classificação hospitalar foi desenvolvido com base na Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, Portaria nº 1.884, de 31 de dezembro de 1994, e Portaria nº 674, de 07 de janeiro de 1998, assim como na análise contextual da realidade da rede hospitalar catarinense. Adaptou-se os valores e descrições dos serviços em um questionário proposto atribuindo valores às diversas unidades da entidade assistencial.

O questionário será aplicado por uma comissão de auditoria composta por representantes dos hospitais e dos convênios, tendo no mínimo um membro profissional de enfermagem, para a análise dos itens específicos.

No processo de avaliação, a comissão de auditoria deve analisar todos os itens descritos no questionário de avaliação, levando em consideração as particularidades de cada entidade. A comissão deve também observar os aspectos genéricos fundamentais descritos no questionário.

5.5. A proposta de classificação dos hospitais

A proposta foi desenvolvida com base na adaptação da legislação vigente a realidade da rede hospitalar do Estado de Santa Catarina, palco deste estudo.

Considerou-se o fato do maior número de nosocômios ter sido construído entre as décadas de 50 e 80, onde o Governo Federal incentivou a construção de hospitais. Estas construções foram desenvolvidas sem grande rigor na estrutura necessária, o que ocasionou o fato de ter-se, hoje, hospitais pequenos sem condições – estruturais e financeiras – de expandirem.

A estrutura da proposta apresenta um espaço para a identificação das entidades auditadas, o questionário de avaliação, a pontuação e a classificação do hospital. Esta proposta foi montada sobre dois pilares básicos: os indicadores de eficiência e os indicadores hospitalares.

Segundo Perrone (1977) indicadores de eficiência buscam analisar o rendimento do hospital, observando além da qualidade dos serviços médico-hospitalares, os aspectos quantitativos (produção e produtividade) e contábeis (custos operacionais). Quanto aos indicadores hospitalares, Perrone (1977) coloca que servem tanto para avaliação do rendimento da unidade como para o dimensionamento de meios. Coloca ainda que são formados pelos indicadores de qualidade e de produtividade.

5.5.1. Indicadores de eficiência

Nos indicadores de eficiência buscou-se a descrição e pontuação dos serviços hospitalares, dos recursos físicos, dos recursos humanos e da organização e funcionamento do hospital.

Os indicadores de eficiência apontados abordam subitens relevantes a categorização dos hospitais:

5.5.1.1. Serviços hospitalares

Para a verificação deste item, observou-se a estrutura básica de um hospital junto às Normas do Ministério da Saúde. Observa-se com sua análise a existência de:

Quadro 01: Serviços Básicos – estes serviços referem-se àqueles pertinentes a todos os hospitais. Segundo o Ministério da Saúde os serviços básicos de um hospital seriam a Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica, a Clínica Pediátrica e a Clínica Obstétrica. Como serviços básicos complementares tem-se o Laboratório de Análises Clínicas, o Raio-X e a Agência Transfusional. O objetivo deste quadro é pontuar a existência destes serviços analisando seus requisitos básicos, atribuindo valor nulo para a inexistência dos mesmos.

Quadro 01

SERVIÇOS BÁSICOS	SIM	NÃO
Clínica Médica	1	0
Clínica Cirúrgica	1	0
Clínica Pediátrica	1	0
Clínica Obstétrica	1	0
COMPLEMENTAR BÁSICO		
Laboratório de Análises Clínicas	1	0
Raio-X	1	0
Agência Transfusional	1	0

Quadro 02: Especialidades – referem-se as especialidades que cada nosocômio tem, ou seja, se o hospital tem serviços além dos básicos. Ex: UTI Coronariana, Radioterapia, Hemodiálise, entre outras. Com as colunas de pontuação (SIM e NÃO) e seus respectivos valores (1 e 0), busca-se pontuar a existência ou não destes serviços.

Quadro 02

ESPECIALIDADES	SIM	NÃO
UTI Geral	1	0
UTI Pediátrica / Neonatal	1	0
UTI Coronariana	1	0
Psiquiatria	1	0
Maternidade	1	0

Quadro 03: Serviços Complementares – os serviços complementares constituem-se dos serviços de apoio ao diagnóstico. Tem-se como exemplo o Raio-X, Ultrasonografia, Ressonância Magnética, entre outros. Com as colunas próprio, conveniado ou terceirizado, busca-se identificar a origem e a responsabilidade civil dos serviços. Através das colunas possui e não possui, busca-se levantar a existência ou não destes serviços.

Quadro 03

SERVIÇOS COMPLEMENTARES	PRÓPRIO	CONV.	TERC.	POSSUI	Ñ POSSUI
Litotripsia				1	0
Ressonância Magnética				1	0
Métodos Gráficos				1	0
Fisioterapia / Fisioterapia				1	0
Endoscopia / Colonoscopia				1	0
Radioterapia				1	0
Quimioterapia				1	0
Hemodiálise				1	0
Diálise				1	0
Exames Oftalmológicos				1	0
Otoneurologia				1	0
Audiometria				1	0
Verificação de Potencial Evocado				1	0
Doppler				1	0
Holter				1	0
Ergometria				1	0
Fonomecanocardiografia				1	0
Verificação de Função Pulmonar				1	0
Verificação de Distúrbios do Sono				1	0
Laboratório Anátomo- Patológico				1	0
Diagnóstico por Imagem:					
Ultra-sonografia				1	0
Ultra-sonografia com Doppler				1	0
Ressonância Magnética				1	0
Mamografia				1	0
Densitometria Óssea				1	0
Tomografia				1	0
Hemodinâmica				1	0
Arteriografia				1	0
Medicina Nuclear				1	0
Banco de Sangue				1	0
Eletrocardiograma				1	0
Eletroencefalograma				1	0

5.5.1.2. Recursos físicos

Para o desenvolvimento deste item observou-se a legislação vigente adaptando-se a realidade catarinense. Nos recursos físicos observa-se:

5.5.1.2.1. Instalações

Quadro 04: Instalações – refere-se à hotelaria hospitalar, ou seja, ao número de leitos destinados aos diversos serviços médico-hospitalares. Não há pontuação neste item, destina-se apenas a um levantamento físico da estrutura hospitalar. Tem-se como exemplo o número de leitos para a Clínica Médica, número de leitos para a Clínica Cirúrgica etc.

Quadro 04

INSTALAÇÕES	NÚMERO
Total de Leitos para Internação	
Leitos para Clínica Médica	
Leitos para Clínica Cirúrgica	
Leitos para Gineco / Obstetria	
Leitos para Pediatria	
Leitos de UTI Adultos	
Leitos de UTI Pediatria	
Leitos de UTI Neonatal	
Leitos de Neonatologia/berçário	
Leitos de UTI Coronariana	
Salas de Atendimento no PS	
Leitos no Pronto Atendimento	

5.5.1.2.2. Área física

Neste item buscou-se observar a existência do espaço físico necessário para o desenvolvimento dos serviços médico-hospitalares. Para sua avaliação adotou-se diferentes pontuações para a existência das áreas previstas. Para as colunas de pontuação foi adotado o seguinte critério:

SUFICIENTE – equivale a existência da área com metragem igual ou superior a exigida pela legislação vigente, e com condições adequadas de funcionamento.

INSUFICIENTE – equivale a existência da área com metragem inferior a exigida em condições adequadas de funcionamento.

INEXISTENTE – equivale a inexistência da área física.

A expressão “*in loco*” é utilizada inúmeras vezes nos quadros a seguir. Esta expressão foi adotada nos procedimentos, setores ou áreas que não previam na legislação um padrão de área física. Nesses casos é necessária a observação da existência de condições adequadas de trabalho.

Quadro 05: Administração – refere-se a unidade destinada ao desenvolvimento das atividades administrativas do estabelecimento de saúde.

Quadro 05

ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Hall de Entrada	30,0 m ²	2	1	0
Portaria e Recepção	8,0 m ²	2	1	0
Registro de Internação	5,0 m ²	2	1	0
Centro de Processamento de Dados (CPD)	"In Loco"	2	1	0
Contabilidade	"In Loco"	2	1	0
Secretaria Geral	"In Loco"	2	1	0
Departamento Pessoal	"In Loco"	2	1	0
Elaboração de Contas Hospitalares	"In Loco"	2	1	0
Tesouraria	2,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)	"In Loco"	2	1	0
Comunicação (Telefonia, serviços de interfones, etc)	"In Loco"	2	1	0
Sanitário Masculino	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sanitário Feminino	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Compras	8,0 m ²	2	1	0
Diretoria Clínica / Técnica	12,0 m ²	2	1	0
Secretaria da Diretoria Clínica	"In Loco"	2	1	0
Centro de Estudos / Auditório	"In Loco"	2	1	0
Sala de Reuniões	2,0 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Chefia de Enfermagem	10,0 m ²	2	1	0
Sala da Administração	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Espera da Administração	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Serviço Social	6,0 m ² + 0,8 m ² p/ paciente	2	1	0
Sala de Serviços de Psicologia	"In Loco"	2	1	0
Marketing / SAC	"In Loco"	2	1	0

Quadro 06: Ensino e Pesquisa – refere-se à formação e desenvolvimento de recursos humanos e a atividade de pesquisa. Visa promover o ensino técnico, de Graduação e de Pós-Graduação, assim como o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde.

Quadro 06

ENSINO E PESQUISA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de Ensino	Sala aula = 1,3 m ² p/ aluno Anfiteatro = 1,2 m ² p/ pes.	2	1	0
Sala de Estudo	2,0 m ² p/ aluno	2	1	0
Sala de Professor	9,0 m ²	2	1	0
Biblioteca	Área p/ Referência = Dep. do Equipamento Acervo = 200 livros p/ m ² Leitura = 2,0 m ² p/ leitor S. de Processos = 12,0 m ²	2	1	0

Quadro 07: Conforto Médico – refere-se ao espaço destinado às instalações do Corpo Clínico, onde realizam-se reuniões para a discussão de diagnósticos e promove-se o descanso nos horários de folga.

Quadro 07

CONFORTO MÉDICO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Vestiário para Médicos	0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sanitário Masculino com chuveiro	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m	2	1	0
Vestiário para Médicas	0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sanitário Feminino com chuveiro	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m	2	1	0
Sala de Estar	8,0 m ²	2	1	0
Quarto dos Médicos Plantonistas por sexo	9,0 m ²	2	1	0
Sanitário dos quartos dos Plantonistas	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0

Quadro 08: SAME – ou Serviço de Arquivo Médico e Estatístico. Refere-se ao setor responsável pela elaboração, emissão e guarda dos dados e informações dos nosocômios.

Quadro 08

SAME	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área para Arquivo Médico e Estatístico	24,0 m ²	2	1	0

Quadro 09: SADT Patologia Clínica – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Refere-se a unidade destinada à realização de análises clínicas necessárias ao diagnóstico e a orientação terapêutica de pacientes.

Quadro 09

SADT PATOLOGIA CLÍNICA	ÁREA MÍNIMA	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Recepção	"In Loco"	2	1	0
Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Box de coleta de material (01 p/ cada 15 coletas / hora)	1,5 m ² p/ box	2	1	0
Sanitários anexos à sala de coleta	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Salas separadas para coleta segundo tipo de material	4,5 m ²	2	1	0
Área para classificação e distribuição de amostras	3,0 m ²	2	1	0
Sala de preparo de reagentes	3,0 m ²	2	1	0
Laboratórios	16,0 m ² p/ Labor. Geral 6,0 m ² p/ Lab. Específico	2	1	0
Sala dos Laudos	"In Loco"	2	1	0
Bancadas divisórias por área	"In Loco"	2	1	0
Sala para esterilização de material	14,0 m ²	2	1	0
Depósito de Material	8,0 m ²	2	1	0
Sanitários para pessoal por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 10: SADT Hemoterapia – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Refere-se a unidade destinada à coleta, armazenamento, distribuição e transfusão de sangue e seus hemocomponentes.

Quadro 10

SADT HEMOTERAPIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala para recepção e registro de doadores	17,0 m ²	2	1	0
Arquivo de doadores	Dep. Tecnologia utilizada	2	1	0
Sala de triagem hematológica	4,0 m ²	2	1	0
Consultório Indiferenciado	7,5 m ²	2	1	0
Sala para coleta de Sangue	4,0 m ² por poltrona de doação	2	1	0
Sala de aféreses	4,0 m ² por poltrona de doação	2	1	0
Sala para recuperação de doadores	6,0 m ²	2	1	0
Sala para reprocessamento de sangue	Centrifugação: Dep. Eqp / Antecâmara: 2,0 m ² / Procedimentos: Dep. Eqp Rotulagem: 3,5 m ²	2	1	0
Área para estocagem de hemocomponentes	2,0 m ² p/ freezer ou geladeira	2	1	0
Sala de distribuição (teste de compatibilidade)	7,0 m ²	2	1	0
Sala de coleta de material	3,5 m ²	2	1	0
Sala de transfusão	10,0 m ² individual 8,5 m ² coletiva	2	1	0
Sala de afereses terapêutica	10,0 m ² individual 8,5 m ² coletiva	2	1	0
Posto de Enfermagem	6,0 m ²	2	1	0
CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS: ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 11: SADT Agência Transfusional Tipo 1 – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado a receber o sangue processado e efetuar a aplicação.

Quadro 11

SADT AGÊNCIA TRANSFUSIONAL TIPO 1	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área para a Agência Transfusional Tipo 1	"In Loco"	2	1	0

Quadro 12: SADT Agência Transfusional Tipo 2 – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado a receber e armazenar o sangue processado, pronto para a aplicação.

Quadro 12

SADT AGÊNCIA TRANSFUSIONAL TIPO 2	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área para a Agência Transfusional Tipo 2	"In Loco"	2	1	0

Quadro 13: SADT Banco de Sangue – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado a coleta, processamento, exame, divisão, armazenamento e aplicação do sangue coletado.

Quadro 13

SADT – BANCO DE SANGUE	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área para o Banco de Sangue	"In Loco"	2	1	0

Quadro 14: SADT Hemodinâmica – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Refere-se ao ambiente destinado ao estudo dos movimentos e condições físicas do sangue e de seus condutores (artérias, vasos e capilares).

Quadro 14

SADT HEMODINÂMICA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de Recepção e Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Entrevista	"In Loco"	2	1	0
Box para pacientes em maca	"In Loco"	2	1	0
Depósito / Almojarifado	"In Loco"	2	1	0
Área de recepção e preparo de pacientes	Sufic. p/ receber 01 maca	2	1	0
Consultório indiferenciado	7,5 m ²	2	1	0
Sala de comando e componentes técnicos	8,0 m ²	2	1	0
Área de escovação com 2 torneiras	1,10 m ² p/ torneira	2	1	0
Sala para realização de Assepsia	"In Loco"	2	1	0
Sala de Exames e terapias com dimensão mínima de 4,5 m	25,0 m ² c/ dim. min 4,8 m	2	1	0
Sala de Indução Anestésica e Recuperação pós anestésica	Mínimo de 02 leitos c/ dist. de 0,8 m entre leitos	2	1	0
Posto de Enfermagem e Serviços	4,5 m ²	2	1	0
Sala de Comando do ar condicionado central	"In Loco"	2	1	0
Sanitário para Pacientes	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sala de Circulação	"In Loco"	2	1	0
Sala de recuperação	"In Loco"	2	1	0
Sala dos Médicos, interpretação de exames e Laudos com sanitário	4,5 m ² . Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Lavabo	"In Loco"	2	1	0
Vestiário	0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de revelação Cine / Foto	"In Loco"	2	1	0
Sala de Limpeza de catéter	"In Loco"	2	1	0

Quadro 15: SADT Radiologia Clínica – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Refere-se a unidade onde se concentram equipamentos que realizam atividades concernentes ao uso de raios X para fins de diagnóstico.

Quadro 15

SADT RADIOLOGIA CLÍNICA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Recepção	4,0 m ²	2	1	0
Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de espera para maca ou cadeira de rodas	Sufic. P/ receber 01 maca	2	1	0
Sanitário para pacientes por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Vestiário / Box para troca de roupas	0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala para interpretação de exames e laudos	6,0 m ²	2	1	0
Arquivo	Depende da Tecnol. Utiliz.	2	1	0
Sala para preparo de pacientes com sanitário	6,0 m ²	2	1	0
Sala para Aparelho de Raio-X (cada)	25,0 m ²	2	1	0
Sala de Exames Telecomandados	22,0 m ² c/ dim. Min 3,8 m	2	1	0
Sala de Comando	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Mamografia	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Preparo de Contraste	2,5 m ²	2	1	0
Sala de Indução Anestésica e Recuperação de exames	Mínimo 02 leitos c/ dist. de 0,8 m entre leitos	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Câmara Escura	4,0 m ²	2	1	0
Depósito de Materiais	4,0 m ²	2	1	0
Depósito de RX Transportável	4,0 m ²	2	1	0
Sala para Médicos / Técnicos / Funcionários, com sanitário	8,0 m ² . Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sala para Ultra-sonografia	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS: PAREDES E PORTAS REVESTIDAS C/ CHUMBO OU SIMILAR ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M PÉ DIREITO COM NO MÍNIMO 3 M DE ALTURA LARGURA DAS PORTAS SUPERIOR A 1,5 M				

Quadro 16: SADT Tomografia – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Ambiente destinado aos exames computadorizados em camadas fazendo a planigrafia do indivíduo examinado.

Quadro 16

SADT TOMOGRAFIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Box para pacientes em maca	"In Loco"	2	1	0
Sala de exames de tomografia	25,0 m ² c/ dim. min 4,5 m	2	1	0
Sala de Comando	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Indução Anestésica e Recuperação	Mínimo de 02 leitos c/ dist. de 0,8 m entre leitos	2	1	0
Sala de Componentes Técnicos	Depende do Equip.	2	1	0
Sala dos Médicos / Funcionários, com sanitário	"In Loco" Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Sala de Laudos e Interpretação de exames	6,0 m ²	2	1	0

Quadro 17: SADT Litotripsia – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado a aplicação das técnicas conhecidas para a destruição de cálculos renais.

Quadro 17

SADT LITOTRIPSIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de Recepção e Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Exames e Terapias	30,0 m ² c/ dim. Min 4,5 m	2	1	0
Sala de Observação com sanitário	10,0 m ² p/ quarto 01 Leito 7,0 m ² p/ leito c/ 02 Leitos 6,0 m ² p/leito 03 a 06 leitos Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Sala de Componentes Técnicos	Depende do Equip.	2	1	0

Quadro 18: SADT Ressonância Magnética – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado aos exames através de ondas magnéticas que detectam rupturas ou lesões ocultas ao Raio-X.

Quadro 18

SADT RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recepção e Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sanitário por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Box de espera para macas ou cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0
Sala de Indução Anestésica e Recuperação	Mínimo de 02 leitos c/ dist.	2	1	0
	de 0,8 m entre leitos	2	1	0
Área para atendimento de Emergências	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Exames	"In Loco"	2	1	0
Sala de Comando	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Laudos e interpretação de exames	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Componentes Técnicos	Depende do Equip.	2	1	0
Sala de Médicos / Funcionários com sanitário	"In Loco" Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS: ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M ÁREA DE DETECÇÃO DE METAIS				

Quadro 19: SADT Métodos Gráficos e outros – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado a exames gráficos diversificados. A expressão Doppler refere-se a exames em terceira dimensão.

Quadro 19

SADT MÉTODOS GRÁFICOS E OUTROS	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala para traçados Gráficos (ECG, EEG, Eletromamografia ...)	5,5 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala para exames Oftalmológicos	4,0 m ²	2	1	0
Sala para Otoneurologia	11,0 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala de Audiometria	2,0 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sala para verificação de Potencial Evocado	5,5 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala de Doppler (Fluxo Vascular)	5,5 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala para Ergometria	9,0 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala Holter	9,0 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala de Fonomecanocardiografia	5,5 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala para verificação de Função Pulmonar	4,0 m ²	2	1	0
Sala para verificação de Distúrbios do Sono	4,0 m ²	2	1	0
Sala de Interpretação e Laudos	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Médicos / Funcionários, com sanitário	"In Loco" Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recepção e Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sanitários por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA:				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 20: SADT Medicina Nuclear – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Refere-se a unidade destinada à execução de atividades relacionadas com a utilização de substâncias radioativas, para fins de diagnóstico e tratamento.

Quadro 20

SADT MEDICINA NUCLEAR	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Laboratório de Manipulação e Estoque de fontes em uso	8,0 m ²	2	1	0
Depósito de Rejeitos Radiativos	2,0 m ²	2	1	0
Box para coleta de sangue	1,5 m ² p/ box	2	1	0
Laboratório de Radioimunoensaio ("In Loco" ou não)	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Administração de Radiofármacos	5,5 m ² c/ dim min 2,2 m	2	1	0
Sala ou Box de Pacientes "Injetados"	Sala 2,0 m ² p/ paciente. 3,0 m ² p/ box	2	1	0
Sala de exames de Medicina Nuclear	Depende do Equip.	2	1	0
Gama-Câmara	Depende do Equip.	2	1	0
Cintilógrafo	Depende do Equip.	2	1	0
Sala de laudos e arquivos	6,0 m ²	2	1	0
Área de Recepção e Espera de pacientes	Sufic. p/ receber 01 maca	2	1	0
Sanitário com vestiário para pacientes (Exclusivo)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m. Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Laboratório de Revelação de Filmes ("In Loco" ou não)	"In Loco"	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala Administrativa	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Quarto para internação com banheiro exclusivo (quando aplicado dose de Iodo - 131 acima de 1,11 GBq (30 mCi) "In Loco" ou não.	"In Loco"	2	1	0
Sanitário para funcionários	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA: ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM MÍNIMO DE 2 M				

Quadro 21: SADT Fisiatria / Fisioterapia – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Corresponde aos serviços de reabilitação de movimentos pós-traumáticos ou pós-operatórios. Conta com supervisão de um profissional fisiatra ou fisioterapeuta.

Quadro 21

SADT FISIATRIA/FISIOTERAPIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recepção e Espera	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sanitário por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Consultório Médico	9,0 m ²	2	1	0
Consultório de terapia ocupacional	7,5 m ²	2	1	0
Sala de terapia ocupacional – consulta de grupo	2,2 m ² p/ paciente Sala c/ no min 20,0 m ²	2	1	0
Box de terapias	2,4 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sala para turbilhão	Depende do Equip.	2	1	0
Piscina	Depende do Equip.	2	1	0
Massagem, Eletroterapia e Mecanoterapia	Depende do Equip.	2	1	0
Sala de Fisiatras e Fisioterapeutas	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Funcionários	4,0 m ²	2	1	0
Vestiário para Pacientes	0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 22: SADT Endoscopia / Colonoscopia – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado aos exames – via oral ou anal – para observação de úlceras ou alterações nas paredes estomacais/retais.

Quadro 22

SADT ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recepção e Espera com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Consultório Médico	"In Loco"	2	1	0
Box para macas ou cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0
Vestiário com sanitários (pré-exames)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Exames	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recuperação / Observação	10,0 m ² p/ quarto 01 Leito 7,0 m ² p/ leito c/ 02 Leitos 6,0 m ² p/leito 03 a 06 leitos	2	1	0
Sala de Medicação e Material	"In Loco"	2	1	0
Sala de desinfecção de material	"In Loco"	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0

Quadro 23: SADT Cistoscopia (endoscopia urulógica) – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado a exames urulógicos através de sondas intra-uretrais.

Quadro 23

SADT CISTOSCOPIA (ENDOSCOPIA URULÓGICA)	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recepção e Espera com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Consultório Médico	"In Loco"	2	1	0
Vestiário com sanitários (pré-exames)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Ante sala pré e pós exames	"In Loco"	2	1	0
Sala de Cirurgia / Exames	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recuperação / Observação	10,0 m ² p/ quarto 01 Leito 7,0 m ² p/ leito c/ 02 Leitos 6,0 m ² p/leito 03 a 06 leitos	2	1	0
Sala de Medicação e Material	"In Loco"	2	1	0
Sala de desinfecção de material	"In Loco"	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0

Quadro 24: SADT Radioterapia – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Refere-se a unidade destinada ao emprego de raios X e radiações Ionizantes com fins terapêuticos. Neste quadro observa-se a existência e a metragem das condições básicas para o desenvolvimento dos serviços desta unidade.

Quadro 24

SADT RADIOTERAPIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Consultório	7,5 m ²	2	1	0
Sala de preparo e observação de pacientes	6,0 m ²	2	1	0
Posto de enfermagem / Sala de Serviços	6,0 m ²	2	1	0
Oficina para confecção de moldes e máscaras	10,0 m ²	2	1	0
Sala de Simulação / Planejamento	Depende do Equip.	2	1	0
Sala de física médica	12,0 m ²	2	1	0
Sala de comando	6,0 m ²	2	1	0
Salas de terapia:				
Bomba de Cobalto	Depende do Equip.	2	1	0
Braquioterapia de baixa e média taxa de dose	Depende do Equip.	2	1	0
Braquioterapia de alta taxa de dose	Depende do Equip.	2	1	0
Acelerador linear	Depende do Equip.	2	1	0
Ortovoltagem (raios X - terapias superficial e profunda)	Depende do Equip.	2	1	0
Área para registro de pacientes	5,0 m ²	2	1	0
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sanitários para funcionários	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Vestiários para pacientes	0,5 p/ pessoa	2	1	0
Sala de Utilidades	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Laboratório de revelação	"In Loco"	2	1	0
Sala Administrativa	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Depósito de Equipamentos / Materiais	"In Loco"	2	1	0
Sanitários para pacientes ("In Loco" ou não)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0

Quadro 25: SADT Quimioterapia – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É o ambiente destinado a aplicação de medicamentos quimioterápicos de combate ao câncer.

Quadro 25

SADT QUIMIOTERAPIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Sala de Recepção e Espera com sanitários	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Consultório Médico / Psicólogo para Procedimentos	7,5 m ²	2	1	0
Sala de aplicação de quimioterápicos com sanitário:	"In Loco"			
Curta duração (poltronas)	7,0 m ² p/ leito 5,0 m ² p/ poltrona	2	1	0
Longa duração (leito)	7,0 m ² p/ leito 5,0 m ² p/ poltrona	2	1	0
Criança (leito)	7,0 m ² p/ leito 5,0 m ² p/ poltrona	2	1	0
Sala de preparo de medicações não quimioterápicas	"In Loco"	2	1	0
Sala de preparo de medicações Quimioterápicas / Capela	5,0 m ²	2	1	0
Área de material e medicamentos	3,0 m ²	2	1	0
Posto de Enfermagem e Serviços	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Sanitários de Pacientes (área de espera)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Vestíários com sanitários para funcionários	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0

Quadro 26: SADT Hemodiálise – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É ambiente destinado ao estudo de patologias do sangue com pacientes contaminados.

Quadro 26

SADT HEMODIÁLISE	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área de Registro (arquivo) e Recepção de pacientes	5,0 m ²	2	1	0
Espera de pacientes e acompanhantes	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sanitários para pacientes de ambos os sexos	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Consultório médico	"In Loco"	2	1	0
Sala de recuperação de pacientes	"In Loco"	2	1	0
Sala para tratamento hemodialítico. Sala para diálise Peritoneal ambulatorial contínua – DPAC	"In Loco"	2	1	0
Sala para diálise Peritoneal intermitente - DPI	"In Loco"	2	1	0
Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes não contaminados por hepatite	"In Loco"	2	1	0
Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes HbsAg positivos	"In Loco"	2	1	0
Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes contaminados por hepatite C	"In Loco"	2	1	0
Posto de Enfermagem e Serviços	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Sala para o tratamento e reservatório de água tratada para diálise	"In Loco"	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala para armazenagem de concentrados, medicamentos e material médico-hospitalar	"In Loco"	2	1	0
Sanitário para funcionários (ambos os sexos)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0
Sala Administrativa	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0
Vestiário de funcionários	0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Abrigo reduzido de resíduos sólidos de serviços de saúde	"In Loco"	2	1	0

Quadro 27: SADT Diálise – é um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. É ambiente destinado ao estudo de patologias do sangue sem contato com pacientes contaminados.

Quadro 27

SADT DIÁLISE	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Consultório	7,5 m ²	2	1	0
Área de prescrição médica	2,0 m ²	2	1	0
Sala de recuperação de pacientes	6,0 m ²	2	1	0
Sala para tratamento e reservatório de água tratada para diálise	Depende do Equip	2	1	0
Sala para Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - DPAC	6,0 m ²	2	1	0
Sala para diálise Peritoneal intermitente - DPI	8,5 m ² p/ leito - Min 02 Lt	2	1	0
Sala para tratamento hemodialítico	5,0 m ² p/ poltrona	2	1	0
Sala de tratamento hemodialítico de pacientes HbsAg positivos	7,0 m ²	2	1	0
Posto de Enfermagem e Serviços	6,0 m ²	2	1	0
Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados por hepatite C	3,0 m ²	2	1	0
Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados por HbsAg positivos	3,0 m ²	2	1	0
Sala de reprocessamento de dialisadores	8,0 m ² p/ grupo de 20 poltronas p/ hemodiálise	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala para armazenagem de concentrados, medicamentos e material médico-hospitalar	"In Loco"	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Sanitário para funcionários (ambos os sexos)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0
Sala Administrativa	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas		2	1	0
Vestiário de funcionários	0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Abrigo reduzido de resíduos sólidos de serviços de saúde	"In Loco"	2	1	0
Área de processamento de roupas (lavanderia)	"In Loco"	2	1	0

Quadro 28: Clínica Médica – é o ambiente destinado a internação de pacientes portadores de patologias que aspiram cuidados médicos.

Quadro 28

CLÍNICA MÉDICA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Posto de Enfermagem / 30 Leitos	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Serviços	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Exames e Curativos	9,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
DML (Depósito de Materiais de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala de Prescrição Médica	2,0 m ²	2	1	0
Rouparia	4,0 m ²	2	1	0
Depósito de Materiais e Equipamentos	8,0 m ²	2	1	0
Quarto de Isolamento	9,0 m ²	2	1	0
Antecâmara do Isolamento	2,0 m ²	2	1	0
Enfermaria com sanitário com portas abrindo para fora	5,0 m ² p/ leito De 03 a 04 Leitos	2	1	0
Enfermaria para 2 leitos com sanitário com portas abrindo para fora	14,0 m ² Sanitário 3,0 m ²	2	1	0
Quarto com 1 leito com sanitário com portas abrindo para fora	9,0 m ² Sanitário 3,0 m ²	2	1	0
Área de Estar	"In Loco"	2	1	0
Sanitários para Funcionário por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 29: Clínica Cirúrgica – é o ambiente destinado a internação de pacientes pré ou pós-operatórios.

Quadro 29

CLÍNICA CIRÚRGICA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Posto de Enfermagem / 30 Leitos	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Serviços	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Exames e Curativos	9,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
DML (Depósito de Materiais de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala de Prescrição Médica	2,0 m ²	2	1	0
Rouparia	4,0 m ²	2	1	0
Depósito de Materiais e Equipamentos	8,0 m ²	2	1	0
Quarto de Isolamento	9,0 m ²	2	1	0
Antecâmara do Isolamento com lavabo e visor	2,0 m ²	2	1	0
Enfermaria com sanitário com portas abrindo para fora	5,0 m ² p/ leito De 03 a 04 Leitos	2	1	0
Enfermaria para 2 leitos com sanitário com portas abrindo para fora	14,0 m ² Sanitário 3,0 m ²	2	1	0
Quarto com 1 leito com sanitário com portas abrindo para fora	9,0 m ² Sanitário 3,0 m ²	2	1	0
Área de Estar	"In Loco"	2	1	0
Sanitários para Funcionário por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sala de aulas com sanitário para aluno	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA:				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 30: Clínica Psiquiátrica – é o ambiente destinado a internação dos pacientes acometidos de patologias mentais.

Quadro 30

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Posto de enfermagem para 30 leitos	6,0 m ²	2	1	0
Sala de serviços	8,0 m ²	2	1	0
Sala de exames e curativos	9,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
DML (Depósito para Materiais de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala de Prescrição Médica	2,0 m ²	2	1	0
Rouparia	4,0 m ²	2	1	0
Depósito de materiais e equipamentos	8,0 m ²	2	1	0
Quarto de Isolamento / Segurança	9,0 m ²	2	1	0
Antecâmara de Isolamento	2,0 m ²	2	1	0
Enfermaria com sanitário com portas abrindo para fora	5,0 m ² p/ leito De 03 a 04 Leitos	2	1	0
Enfermaria para 2 leito com sanitário com portas abrindo para fora	14,0 m ² Sanitário 3,0 m ²	2	1	0
Quarto com 1 leito com sanitário com portas abrindo para fora	9,0 m ²	2	1	0
Área de Estar	"In Loco"	2	1	0
Sanitário para funcionário por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Salas de Aula com sanitário para aluno	1,3 m ² p/ aluno	2	1	0
Sala de Reuniões	2,0 m ² p/ pessoa	2	1	0
Refeitório	"In Loco"	2	1	0
Área de lazer externa	"In Loco"	2	1	0
Área de recreação	"In Loco"	2	1	0

Quadro 31: Ginecologia / Obstetrícia – é o ambiente destinado a preparação e o tratamento a parturientes e puérperas.

Quadro 31

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Posto de Enfermagem / 30 Leitos	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Serviços	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Exames e Curativos	9,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
DML (Depósito para Materiais de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala de Prescrição Médica	2,0 m ²	2	1	0
Rouparia	"In Loco"	2	1	0
Depósito de Materiais e Equipamentos	"In Loco"	2	1	0
Quarto de Isolamento	"In Loco"	2	1	0
Bancada com água quente para o Banho	"In Loco"	2	1	0
Antecâmara do Isolamento com lavabo e visor	"In Loco"	2	1	0
Enfermaria com sanitário com portas abrindo para fora	5,0 m ² p/ leito De 03 a 04 Leitos	2	1	0
Enfermaria para 2 leitos com sanitário com portas abrindo para fora	"In Loco"	2	1	0
Quarto com 1 leito com sanitário com portas abrindo para fora	"In Loco"	2	1	0
Área de Estar	"In Loco"	2	1	0
Alojamento Conjunto	"In Loco"	2	1	0
Sanitários para Funcionário por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sala de aula com sanitário para aluno	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA:				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 32: Pediatria – é o ambiente destinado a internação de crianças portadoras de patologias que aspiram cuidados médicos.

Quadro 32

PEDIATRIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Posto de Enfermagem / 30 Leitos	6,0 m ²	2	1	0
Área de prescrição médica	2,0 m ²	2	1	0
Sala de Serviços	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Exames e Curativos	12,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
DML (Depósito para Materiais de Limpeza)	2,0 c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Rouparia	4,0 m ²	2	1	0
Depósito de Materiais e Equipamentos	8,0 m ²	2	1	0
Quarto de Isolamento	9,0 m ²	2	1	0
Antecâmara do isolamento com lavabo e visor	2,0 m ²	2	1	0
Enfermaria para crianças até 2 anos com no máximo 4 leitos	"In Loco" área mín. 2,5 m p/ leito c/ sanitário abrindo p/ fora	2	1	0
Enfermaria para crianças até 2-7 anos com no máximo 4 leitos	"In Loco" área mín. 3,5 m p/ leito c/ sanitário abrindo p/ fora	2	1	0
Enfermaria para crianças de 7-12 anos com no máximo 4 leitos	"In Loco" área mín. 5 m p/ leito c/ sanitário abrindo p/ fora	2	1	0
Área de Lazer	"In Loco"	2	1	0
Refeitório e recreação	24,0 m ²	2	1	0
Sanitários para Funcionário por sexo	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Sala de aula com sanitário para aluno	"In Loco"	2	1	0
Painéis de vidro para divisórias com circulação	"In Loco"	2	1	0
Espaço para cadeira de acompanhante	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA:				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 33: Berçário – refere-se a unidade destinada a alojar o recém-nascido (bebês até 28 dias).

Quadro 33

BERÇÁRIO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Posto de enfermagem para berçário de alto risco	6,0 m ²	2	1	0
Ante-sala para berçários de médio e baixo risco e de primeiros cuidados	"In Loco"	2	1	0
Berçário de primeiros cuidados com no máximo 6 berços aquecidos	"In Loco"	2	1	0
Berçário de normais com no máximo 10 berços	"In Loco"	2	1	0
Isolamento para 2 incubadoras com antecâmara, visor e pia	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA: METRAGEM MÍNIMA ENTRE BERÇOS DE 2,5 M PÉ DIREITO COM NO MÍNIMO 3 M ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M HÁ ALOJAMENTO CONJUNTO SEPARAÇÃO ENTRE BERÇÁRIOS DE ALTO, MÉDIO, BAIXO RISCO E ISOLAMENTO.				

Quadro 34: UTI Geral – ou Unidade de Tratamento Intensivista. É o ambiente destinado ao cuidado de pacientes com diversas patologias em situação de emergência.

Quadro 34

UTI	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de entrevistas / atendimento à familiares	6,0 m ²	2	1	0
Sala de preparo de equipamentos / material	12,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Quarto ou áreas separadas por divisórias	12,0 m ² c/ distância de 1,0 m entre leitos	2	1	0
Posto de enfermagem / área de serviços / prescrição médica	12,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Depósito de Materiais e Equipamentos	8,0 m ²	2	1	0
Rouparia	4,0 m ²	2	1	0
Sala para Médicos com sanitário	12,0 m ² Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala de espera para visitantes com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0
Isolamento com ante-sala e visor	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA REDE DE OXIGÊNIO COM 2 BICOS POR LEITO REDE DE AR-COMPRESSO COM 1 BICO POR LEITO REDE DE VÁCUO COM 1 BICO POR LEITO ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 35: UTI Pediátrica / Neonatal – ou Unidade de Tratamento Intensivista Pediátrico e/ou Neonatal. É o ambiente destinado ao tratamento de crianças ou recém nascidos em situação de emergência.

Quadro 35

UTI PEDIÁTRICA/NEONATAL	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de entrevistas / atendimento à familiares	"In Loco"	2	1	0
Quarto ou áreas separadas por divisórias, para no máximo 10 leitos	10,0 m ² c/ 1,0 m entre paredes e 2,0 m entre berços	2	1	0
Posto de enfermagem / área de serviços / prescrição médica	12,0 m ²	2	1	0
Área coletiva de tratamento de neonatologia	7,5 m ² p/ leito	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Depósito de Materiais e Equipamentos	"In Loco"	2	1	0
Rouparia	"In Loco"	2	1	0
Sala para Médicos com sanitário	"In Loco" Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	"In Loco"	2	1	0
Sala de espera para visitantes com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0
Isolamento com ante-sala e visor	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA				
REDE DE OXIGÊNIO COM 2 BICOS POR LEITO				
REDE DE AR-COMPRESSO COM 1 BICO POR LEITO				
REDE DE VÁCUO COM 1 BICO POR LEITO				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 36: UTI Coronariana – ou Unidade de Tratamento Intensivista Coronariana. É responsável pelas operações coronarianas de emergência.

Quadro 36

UTI CORONARIANA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de entrevistas / atendimento à familiares	6,0 m ²	2	1	0
Sala de preparo de equipamentos / material	12,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Quarto ou áreas separadas por divisórias	12,0 m ² c/ distância de 1,0 m entre leitos	2	1	0
Posto de enfermagem / área de serviços / prescrição médica	12,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Depósito de Materiais e Equipamentos	"In Loco"	2	1	0
Rouparia	"In Loco"	2	1	0
Sala para Médicos com sanitário	"In Loco" Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala de espera para visitantes com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0
Isolamento com ante-sala e visor	"In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA				
REDE DE OXIGÊNIO COM 2 BICOS POR LEITO				
REDE DE AR-COMPRESSO COM 1 BICO POR LEITO				
REDE DE VÁCUO COM 1 BICO POR LEITO				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 37: Transplante – é o ambiente destinado ao transplante de órgãos.

Quadro 37

TRANSPLANTE	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala para coordenação	"In Loco"	2	1	0
Centro Cirúrgico com capacidade para retirada de órgãos e realização de transplantes	"In Loco"	2	1	0
UTI com box para isolamento	"In Loco"	2	1	0
Leitos para isolamento	"In Loco"	2	1	0
Laboratório que funcione 24 horas	"In Loco"	2	1	0
Banco de Sangue	"In Loco"	2	1	0

Quadro 38: Centro Cirúrgico – refere-se a unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas que não demandam internação dos pacientes, bem como à recuperação pós-anestésica imediata.

Quadro 38

CENTRO CIRÚRGICO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de Espera de acompanhantes e entrevistas, com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Área para prescrição médica	2,0 m ²	2	1	0
Área de recepção de pacientes	Sufic. p/ receber 01 maca	2	1	0
Vestiário masculino com armários individuais, sanitários e boxes com chuveiros, servindo de barreira	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Vestiário feminino com armários individuais, sanitários e boxes com chuveiros, servindo de barreira	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Posto de enfermagem e serviços	6,0 m ²	2	1	0
Sala de conforto médico e funcionários	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Estar e Lanches	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Sala de guarda e preparo de anestésicos	4,0 m ²	2	1	0
Área de lavagem / escovação com 01 sala cirúrgica	Sala c/ 02 torneiras c/ dist 1,10 m entre elas	2	1	0
Área de lavagem / escovação com mais de uma sala cirúrgica	02 torneiras p/ cada par de Salas - 1,1 m p/ torn.	2	1	0
1 Sala de pequena cirurgia para cada 15 leitos cirúrgicos ou 50 leitos gerais	20,0 m ² c/ dim min 4,0 m	2	1	0
1 Sala de média cirurgia para cada 15 leitos cirúrgicos ou 50 leitos gerais	25,0 m ² c/ dim min 4,7 m	2	1	0
1 Sala de grande cirurgia, para cada 15 leitos cirúrgicos ou 50 leitos gerais	36,0 m ² c/ dim min 5,0 m	2	1	0
Sala de recuperação Pós-Anestésica	Mínimo de 02 Leitos c/ distância de 0,8 m	2	1	0
Sala para estocagem de material e medicamentos	4,0 m ²	2	1	0
Sala para guarda de aparelhos e RX portátil	4,0 m ²	2	1	0
Sala para câmara escura	4,0 m ²	2	1	0
Sala de Câmara Clara	"In Loco"	2	1	0
Sala de Biópsia de Congelamento	"In Loco"	2	1	0
Sala de Indução Anestésica / Pré-Operatória	Mínimo de 02 Leitos c/ distancia de 0,8 m	2	1	0
Sala de apoio à cirurgias especializadas	12,0 m ²	2	1	0
CARACTERÍSTICAS OBRIGATORIAS: PÉ DIREITO DE NO MÍNIMO 3 M LARGURA DAS PORTAS SUPERIOR A 1,5 M 2 BICOS DE OXIGÊNIO POR SALA 1 BICO DE AR COMPRIMIDO POR SALA 1 BICO DE VÁCUO POR SALA 1 BICO DE ÓXIDO NITROSO POR SALA ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 39: Centro Obstétrico – refere-se a unidade destinada à higienização, trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com os recém-nascidos.

Quadro 39

CENTRO OBSTÉTRICO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de espera para familiares com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Vestiário masculino com armários individuais, sanitários e boxes com chuveiros, servindo de barreira	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Vestiário feminino com armários individuais, sanitários e boxes com chuveiros, servindo de barreira	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de conforto médico e funcionários com sanitários	"In Loco" Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Sala de guarda e preparo de anestésicos	4,0 m ²	2	1	0
Sala de Estar e Lanches	1,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Área de lavagem / escovação com 01 sala cirúrgica	Sala c/ 02 torneiras c/ dist 1,10 m entre elas	2	1	0
Área de lavagem / escovação com mais de uma sala cirúrgica	02 torneiras p/ cada par de Salas - 1,1 m p/ torn.	2	1	0
Sala de pré-parto com no máximo 2 leitos com sanitário	14,0 m ² Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Sala de pré-parto com 1 leito com sanitário	9,0 m ²	2	1	0
Sala de parto normal para cada 20 leitos obstétricos	16,0 m ² c./ dim min 3,0 m	2	1	0
Sala de parto cirúrgico	20,0 m ² c/ dim min 3,45m	2	1	0
Área de assistência ao RN com no máximo 2 unidades de recuperação	0,8 m ² p/ cada sala de parto - Sala c/ min 6,0 m ²	2	1	0
Área de prescrição médica	2,0 m ²	2	1	0
Posto de Enfermagem e Serviços	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Recuperação pós-anestésica	Mínimo de 02 Leitos c/ distância de 0,8 m	2	1	0
Sala de estocagem de material e medicamentos	"In Loco"	2	1	0
Sala de Exame, Admissão e Higienização de parturientes	8,0 m ²	2	1	0
CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS:				
PÉ DIREITO DE NO MÍNIMO 3 M				
LARGURA DAS PORTAS SUPERIOR A 1,5 M				
2 BICOS DE OXIGÊNIO POR SALA				
1 BICO DE AR COMPRIMIDO POR SALA				
1 BICO DE VÁCUO POR SALA				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 40: P.A. Baixa e Média Complexidade – refere-se a unidade destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitem de atendimento imediato utilizando-se de técnicas simples de assistência.

Quadro 40

P.A. - BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de Recepção e Espera, com sanitários	18,0 m ² Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Dois sanitários para funcionários	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Dois quartos para médicos	"In Loco"	2	1	0
Copa	4,0 m ²	2	1	0
Sala para atendimento de emergência	"In Loco"	2	1	0
Sala para realização de pequenas cirurgias	"In Loco"	2	1	0
Sala para higienização e limpeza	8,0 m ²	2	1	0
Área de prescrição e preparo de material	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Urgências (baixa e média complexidades)				
Sala de triagem médica e/ou de enfermagem	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Serviço Social	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Suturas e Curativos	9,0 m ²	2	1	0
Sala de reidratação	7,0 m ² p/ paciente	2	1	0
Sala de inalação	2,0 m ² p/ paciente	2	1	0
Sala de aplicação de medicamentos	5,0 m ²	2	1	0
Sala de gesso e redução de fraturas	12,0 m ² p/ mais de 01 paciente=8,5m ² p/ box	2	1	0
Sala para exame	7,5 m ²	2	1	0
Área de recepção de pacientes	Sufic. p/ receber 01 maca	2	1	0
Posto de Enfermagem	6,0 m ²	2	1	0
Área de prescrição médica	2,0 m ²	2	1	0
Sala coletiva de observação de pediatria / adolescente	8,5 m ²	2	1	0
Sala coletiva de observação de adulto masculina e feminina	8,5 m ²	2	1	0
Sala de procedimentos especiais (invasivos)	"In Loco"	2	1	0
Área de escovação	"In Loco"	2	1	0
Área para notificação médica de pacientes	"In Loco"	2	1	0
Sanitários para pacientes (geral e consultórios de gineco-obstetrícia, urologia e proctologia)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Rouparia	"In Loco"	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0
Sala Administrativa	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0

Quadro 41: P.A. Alta Complexidade – Unidade destinada à assistência de pacientes, com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitem de assistência médica imediata. Em caráter de urgência, o paciente não corre risco de vida. Em caráter de emergência, o paciente corre risco iminente de vida.

Quadro 41

P.A. - ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIAS	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de Recepção e Espera, com sanitários	"In Loco" Bwc 1,6 m ² c/ dim min 1,2	2	1	0
Secretaria	"In Loco"	2	1	0
Dois sanitários para funcionários	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Dois quartos para médicos	"In Loco"	2	1	0
Sala para café	"In Loco"	2	1	0
Sala de urgências (politraumatismos, parada cardíaca etc)	12,0 m ² p/ leito min 02 leitos c/ dist. min 01 m	2	1	0
Sala para realização de pequenas cirurgias	"In Loco"	2	1	0
Sala para higienização e limpeza	8,0 m ²	2	1	0
Área de prescrição e preparo de material	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Sala de triagem médica e/ou de enfermagem p/ cada 12 leitos	6,0 m ²	2	1	0
Sala de Serviço Social	8,0 m ²	2	1	0
Sala de Suturas e Curativos	9,0 m ²	2	1	0
Sala de Serviços	8,0 m ²	2	1	0
Sala de reidratação	7,0 m ² p/ paciente	2	1	0
Sala de inalação	2,0 m ² p/ paciente	2	1	0
Sala de aplicação de medicamentos	5,5 m ²	2	1	0
Sala de gesso e redução de fraturas	12,0 m ² p/ mais de 01 paciente=8,5m ² p/ box	2	1	0
Sala para exame	"In Loco"	2	1	0
Sala para exame diferenciado (oftalmo, otorrino etc.)	"In Loco"	2	1	0
Área externa para desembarque de ambulâncias	21,0 m ² de área coberta	2	1	0
Área de recepção de pacientes	Sufic. p/ receber 01 maca	2	1	0
Posto de Enfermagem	6,0 m ²	2	1	0
Área de prescrição médica	2,0 m ²	2	1	0
Sala de Isolamento	8,0 m ²	2	1	0
Sala coletiva de observação de pediatria / adolescente	8,5 m ² p/ leito	2	1	0
Sala coletiva de observação de adulto masculina e feminina	8,5 m ² p/ leito	2	1	0
Sala de procedimentos especiais (invasivos)	20,0 m ²	2	1	0
Sala de escovação	1,10 m ² p/ torneira	2	1	0
Área para guarda de pertences de pacientes	0,3 m ² p/ pessoa	2	1	0
Sanitários para pacientes (geral e consultórios de gineco-obstetrícia, urologia e proctologia)	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Rouparia	"In Loco"	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	"In Loco"	2	1	0

Quadro 42: Serviço de Higienização Hospitalar – corresponde ao ambiente onde são promovidas as operações de limpeza e esterilização dos materiais hospitalares.

Quadro 42

SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala Administrativa	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Há sala de material de limpeza com tanque	Com tanque de 2,0 m ²	2	1	0
Sala de Utilidades com pia para despejo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Sala de diluição de material	"In Loco"	2	1	0
Sala de resíduos sólidos (interno) por Setor	"In Loco"	2	1	0
Abriço de resíduos sólidos (externo):				
Câmara refrigerada	"In Loco"	2	1	0
Depósito com box	"In Loco"	2	1	0
Incinerador ou outros métodos	"In Loco"	2	1	0
Sala de compactação	"In Loco"	2	1	0
Área para central de gás	"In Loco"	2	1	0
Área para cilindro de oxigênio	"In Loco"	2	1	0

Quadro 43: Serviço Social / Psicologia – corresponde ao ambiente destinado ao apoio social e psicológico prestado a familiares e pacientes.

Quadro 43

SERVIÇO SOCIAL / PSICOLOGIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala para a Assistente Social	"In Loco"	2	1	0
Sala para Psicólogo	"In Loco"	2	1	0

Quadro 44: Pastoral do Enfermo – corresponde ao ambiente de conforto ecumênico a pacientes e familiares.

Quadro 44

PASTORAL DO ENFERMO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala para Coordenação	"In Loco"	2	1	0
Capela ou Oratório (espaço ecumênico)	"In Loco"	2	1	0

Quadro 45: Necrotério – refere-se a unidade ou ambiente destinado à guarda e conservação do cadáver, bem como o preparo do corpo.

Quadro 45

NECROTÉRIO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala de preparo e guarda de cadáver para	14,0 m ²	2	1	0
Sanitários para o público	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m	2	1	0
Área externa para embarque de carro funerário	21,0 m ²	2	1	0

Quadro 46: Centro de Material e Esterilização – refere-se a unidade destinada à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do estabelecimento de saúde.

Quadro 46

CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Vestiário para funcionários com sanitários	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Barreiras para áreas de preparo e esterilização	"In Loco"	2	1	0
Sala de distribuição - Área Limpa	"In Loco"	2	1	0
Sala de recepção e lavagem - Área Suja	"In Loco"	2	1	0
DML (Depósito para Materiais de Limpeza)	2,0 c/ dim min 1,0 m	2	1	0
Sala Administrativa	5,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
Recepção, desinfecção e separação de materiais	10,0 m ²	2	1	0
Lavagem de materiais	0,8 m ² por Leito	2	1	0
Preparo de material e roupa limpa	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
Área para esterilização física com barreira	"In Loco"	2	1	0
Área para esterilização química	"In Loco"	2	1	0
Área para estocagem e distribuição de material	6,0 m ²	2	1	0
Sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupa esterilizada	0,9 m ² por Leito "In Loco"	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA:				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 47: SND Serviço de Nutrição e Dietética – é o ambiente onde são preparadas e orientadas as dietas dos pacientes.

Quadro 47

SND	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala Administrativa / Nutricionista	5,5 m ² por pessoa	2	1	0
Sanitário para funcionários c/ chuveiro	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m	2	1	0
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim min 1,5 m	2	1	0
DML (Depósito para Materiais de Limpeza)	"In Loco"	2	1	0
Área para recepção e inspeção de alimentos e utensílios	Área total menos refeitório Até 50 leitos = 2,0 m ² p/ lt Mínimo de 50,0 m ² 51 a 150 lt = 1,5 m ² p/ lt Mínimo de 100,0 m ² Acima de 150 lt = 1,2 m ² p/ Leito Mínimo de 200 m ²	2	1	0
Dispensa de alimentos		2	1	0
Área para guarda de utensílios		2	1	0
Área de distribuição de alimentos e utensílios		2	1	0
Área para preparo de alimentos		2	1	0
Área para cocção de dietas normais		2	1	0
Área para cocção de dietas especiais		2	1	0
Área para porcionamento de dietas normais		2	1	0
Área para porcionamento de dietas especiais		2	1	0
Área para distribuição de dietas normais e especiais		2	1	0
Refeitórios	Refeitório = 1,0 m ² p/ comensal Lancheonete = 1,0 m ² p/ doador	2	1	0
Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talhares de pacientes	Depende da Tecnologia utilizada	2	1	0
Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talheres de funcionários, alunos e público	Depende da Tecnologia utilizada	2	1	0
Área para lavagem e guarda de panelas	3,0 m ²	2	1	0
Área para recepção, lavagem e guarda de carrinhos	3,0 m ²	2	1	0
Copa	2,6 m ²	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA:				
ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 48: Lactário – refere-se a unidade com área restrita, destinada à limpeza, esterilização, preparo e guarda de mamadeiras, basicamente, de fórmulas lácteas.

Quadro 48

LACTÁRIO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área do Lactário c/ distinção entre área suja e limpa, com acesso independente à área limpa através de vestiário c/ barreira	Até 15 leitos pediátricos 15,0 m ²	2	1	0
Área para recepção e lavagem de mamadeiras	4,0 m ²	2	1	0
Área para esterilização de mamadeiras	4,0 m ²	2	1	0
Área para preparo de mamadeiras e outros	5,0 m ²	2	1	0
Área para estocagem e distribuição de mamadeiras	5,0 m ²	2	1	0
Vestiário com sanitário	1,6 m ² c/ dim min 1,2 m Vest. 0,5 m ² p/ pessoa	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA: ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 49: Farmácia – refere-se a unidade destinada a programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos ou afins e/ou manipular fórmulas magistrais e oficiais.

Quadro 49

FARMÁCIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área para recepção e inspeção	10% da área p/ armazen.	2	1	0
Área para armazenagem e controle	0,6 m ² p/ leito	2	1	0
Área de distribuição	10 % da área p/ armazen.	2	1	0
Dispensário de medicamentos	8,0 m ²	2	1	0
Sala de preparo de nutrição parenteral com fluxo laminar	"In Loco"	2	1	0
Sala de preparo de medicação individual	"In Loco"	2	1	0
Sala Administrativa	5,5 m ² por pessoa	2	1	0
CARACTERÍSTICA OBRIGATÓRIA: ÁREA DE CIRCULAÇÃO COM NO MÍNIMO 2 M				

Quadro 50: Compras – é o setor responsável pelas compras de matérias diversos dentro de um hospital.

Quadro 50

COMPRAS	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Há local específico para o setor de compras	"In Loco"	2	1	0

Quadro 51: Almojarifado – refere-se a unidade destinada à recepção, guarda, controle e distribuição do material necessário ao funcionamento do estabelecimento de saúde.

Quadro 51

ALMOJARIFADO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área para recepção, inspeção e registro	10% da área de armaz.	2	1	0
Área para armazenagem:				
Equipamento Mobiliário Peças de reposição Utensílios Material de expediente	Depende da política de compras da entidade Mínimo de 0,6 m ² p/ Leito	2	1	0
Área de distribuição	10 % da área de armaz.	2	1	0

Quadro 52: Lavanderia – é o ambiente destinado a lavar, secar, passar, dobrar e consertar a roupa do hospital.

Quadro 52

LAVANDERIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala Administrativa	5,5 m ² por pessoa	2	1	0
Sanitário para funcionários com chuveiro	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m	2	1	0
Área mínima da lavanderia (processamento de Roupa)	60 a 230 kg = 60,0 m ² mais de 230 kg = 0,17 m ² p/ kg mais 60,0 m ² até 60 kg = 27,0 m ²	2	1	0
Sala para Recepção, Separação e pesagem	25 % da área total	2	1	0
Área de Lavagem e Centrifugação		2	1	0
Área de secagem	45% da área total	2	1	0
Área de passagem (calandra, prensa e ferro)		2	1	0
Área de dobragem		2	1	0
Área para armazenagem	30% da área total	2	1	0
Área para distribuição		2	1	0
Área de costura	"In Loco"	2	1	0

Quadro 53: Vestiário Masculino e Feminino – é o ambiente destinado a troca de roupa dos profissionais que trabalham dentro do hospital.

Quadro 53

VESTIÁRIOS MASCULINO E FEMININO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sanitários e boxes para chuveiros separados, sendo 1 vaso e 1 lavatório para cada 10 funcionários, 1 chuveiro para cada 20 funcionários, computados os existentes nas áreas específicas	3,6 m ² c/ dim min 1,7 m Área de 11,0 m ²	2	1	0

Quadro 54: Manutenção – é o ambiente destinado a manutenção da estrutura física do nosocômio, assim como da mobília.

Quadro 54

MANUTENÇÃO	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área de recepção e inspeção de equipamentos, mobiliário e utensílios	10 % da área das oficinas	2	1	0
Oficina de Manutenção:	20,0 m ²	2	1	0
Serralheria	Depende do Equip.	2	1	0
Marcenaria e carpintaria	Depende do Equip.	2	1	0
Pintura	Depende do Equip.	2	1	0
Elétrica	Depende do Equip.	2	1	0
Hidráulica	Depende do Equip.	2	1	0
Refrigeração	Depende do Equip.	2	1	0
Gasotérmica	Depende do Equip.	2	1	0
Mecânica	Depende do Equip.	2	1	0
Eletrônica	Depende do Equip.	2	1	0
Eletromecânica	Depende do Equip.	2	1	0
Ótica	Depende do Equip.	2	1	0
Mecânica Fina	Depende do Equip.	2	1	0
Usinagem	Depende do Equip.	2	1	0
Estofaria	Depende do Equip.	2	1	0
Área de guarda e distribuição de equipamentos, mobiliário e utensílios	10 % da área das oficinas	2	1	0
Área de inservíveis	Depende da política de alienação de bens	2	1	0
Reservatório de água	Sufic. P/ 500 L por dia	2	1	0

Quadro 55: Limpeza e Zeladoria – é o ambiente destinado a conservação do hospital.

Quadro 55

LIMPEZA E ZELADORIA / EXTERNA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Depósito de material de limpeza com tanque	2,0 m ² c/ dim. min. 1,0 m	2	1	0
Sala de Utilidades com pia de despejo	6,0 m ² c/ dim. min. 1,5 m	2	1	0
Sala de preparo de equipamentos / material	6,0 m ² c/ dim. min. 1,5 m	2	1	0

Quadro 56: Segurança e Vigilância – diz respeito aos serviços de segurança do hospital.

Quadro 56

SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Área para identificação de pessoas e/ou veículos	6,0 m ² c/ dim. min. 1,5 m	2	1	0

Quadro 57: Infra-Estrutura Predial – diz respeito as instalações necessárias para o funcionamento pleno do hospital.

Quadro 57

INFRA-ESTRUTURA PREDIAL	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Sala para grupo gerador	Normas da conces. Equip.	2	1	0
Área para caldeiras	Depende do Equip.	2	1	0
Sala para ar condicionado	Depende do Equip.	2	1	0
Casa de Bombas / Máquinas	Depende do Equip.	2	1	0
Área para tanques de gases medicinais	Depende do Equip.	2	1	0
Área para centrais de gases (cilindros)	Depende do Equip.	2	1	0
Tratamento de esgoto	Depende do Equip.	2	1	0
Garagem	25,0 m ² p/ veículo Min. 02 vag. ambulância	2	1	0
Estacionamento	12,0 m ² p/ cada 4 leitos	2	1	0

Quadro 58: Diversos – é a observação de outros itens relevantes para o funcionamento organizacional.

Quadro 58

DIVERSOS	OBSERVAR	SUFIC.	INSUFIC.	INEXIST.
Comunicação Interna	"In Loco"	2	1	0
Comunicação Externa	"In Loco"	2	1	0
Gerador de Emergência	"In Loco"	2	1	0
Sistema de prevenção de incêndios	"In Loco"	2	1	0
Elevadores suficientes para evitar fluxos inadequados	"In Loco"	2	1	0

5.5.1.3. Recursos humanos

Verifica-se através deste item o aporte de recursos humanos do hospital. Busca-se com isso, a avaliação com base nas normas da OMS e do Ministério da Saúde. Neste item observa-se:

5.5.1.3.1. Levantamento de recursos humanos

Quadro 59: Levantamento de Recursos Humanos – esta tabela tem como objetivo verificar a distribuição do quadro funcional e sua origem. Sua relevância é somente de ordem estatística.

Quadro 59

LEVANTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	PRÓPRIO	TERCEIRIZADO	AUTÔNOMO
Número total de Administradores			
Número total de Funcionários do Faturamento			
Número total de recepcionistas			
Número total de Agentes de Segurança / Guardas			
Número total de Médicos contratados			
Número total de Médicos cadastrados			
Número total de Enfermeiras			
Número total de Técnicos de Enfermagem			
Número total de Auxiliares de Enfermagem			
Número total de Funcionários da Limpeza			
Número de Nutricionistas			
Número de Funcionários do Serviço de Nutrição e Dietética (SND)			
Número de Fisioterapeutas			
Número de Funcionários da Fisioterapia			
Número Funcionário do Banco de Sangue			
Número Funcionário do Laboratório			
Número de Funcionários da Imagenologia			
Número de Funcionários da Lavanderia			
Número de Funcionários da Manutenção			
Número de Assistentes Sociais			
Número de Psicólogos Hospitalares			
Número de Farmacêuticos			
Número de Funcionários da Farmácia			
Número de Funcionários do SAME			
Número de analistas de sistema			
Número de Funcionários do CPD			
Número de Funcionários do Serviço de Métodos Gráficos			
Número de Funcionários do Almoxarifado			
Número de Funcionários da Radioterapia			
Outros:			
NÚMERO TOTAL DE RECURSOS HUMANOS			
TOTAL GERAL			

5.5.1.3.2. Proporção de recursos humanos

Refere-se a proporcionalidade dos recursos humanos, a fim de verificar se os percentuais estão de acordo com as exigências sanitárias necessários para o devido funcionamento do hospital.

Quadro 60: Total de funcionários próprios por leito

Quadro 60

TOTAL DE FUNCIONÁRIOS* / LEITO	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
1,5 ou mais	3	
1,4	2	
1,3	1	
1,2 ou menos	0	

Quadro 61: Proporção de médicos do corpo clínico pelo total de funcionários próprios

Quadro 61

PROPORÇÃO DE MÉDICOS DO CORPO CLÍNICO / TOTAL DE FUNCIONÁRIOS	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
10% ou mais	3	
8 - 9%	2	
6 - 7%	1	
5% ou menos	0	

Quadro 62: Porcentagem de funcionários de enfermagem pelo total de funcionários próprios

Quadro 62

PORCENTAGEM DE FUNCIONÁRIOS DE ENFERMAGEM / TOTAL DE FUNCIONÁRIOS	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
60% ou mais	2	
50 - 59%	1	
Menos de 50%	0	

Quadro 63: Proporção de funcionários de enfermagem por leito

Quadro 63

PROPORÇÃO DE FUNCIONÁRIOS DE ENFERMAGEM / LEITO	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
0,9 e mais	3	
0,8	2	
0,7	1	
0,6 e menos	0	

Quadro 64: Percentual mínimo de enfermeiros pelo número de funcionários de enfermagem

Quadro 64

PERCENTUAL MÍNIMO DE ENFERMEIROS / TOTAL DE FUNCIONÁRIOS DE ENFERMAGEM	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
15% ou mais	3	
11 - 14%	2	
5 - 10%	1	
Menos de 5%	0	

5.5.1.3.3. Lotação de Pessoal

Refere-se a existência e a distribuição do pessoal dentro do hospital, verificando as necessidades básicas de um nosocômio.

Quadro 65: Administração – corresponde a alocação de funcionários destinados aos serviços administrativos.

Quadro 65

ADMINISTRAÇÃO	POSSUI	NÃO POSSUI
Recepcionista	1	0
Auxiliar Administrativo	1	0
Telefonista	1	0
Guarda	1	0
Motorista	1	0
Supervisão Administrativa	1	0
Funcionários do SAME	1	0
Funcionário de CPD (Centro de Processamento de Dados)	1	0
Gerente / Diretores	1	0
Contador	1	0
Administrador	1	0

Quadro 66: Clínica Médica – corresponde a alocação de funcionários destinados a clínica médica.

Quadro 66

CLÍNICA MÉDICA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro para cada 20 leitos diurno	3	0
1 Enfermeiro para cada 30 leitos diurno	2	0
1 Enfermeiro para cada 40 leitos diurno	1	0
1 Enfermeiro para mais de 60 leitos diurno	0	0
1 Enfermeiro Supervisor	3	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 30 leitos	3	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 40 leitos	2	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 50 leitos	1	0
1 Técnico de Enfermagem para mais de 50 leitos	0	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 4 leitos	3	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 5 leitos	2	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 6 leitos	1	0
1 Auxiliar de Enfermagem para 7 ou mais leitos	0	0

Quadro 67: Clínica Cirúrgica – corresponde a alocação de funcionários destinados a clínica cirúrgica.

Quadro 67

CLÍNICA CIRÚRGICA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro para cada 20 leitos diurno	3	0
1 Enfermeiro para cada 30 leitos diurno	2	0
1 Enfermeiro para cada 40 leitos diurno	1	0
1 Enfermeiro para mais de 60 leitos diurno	0	0
1 Enfermeiro Supervisor	3	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 30 leitos	3	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 40 leitos	2	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 50 leitos	1	0
1 Técnico de Enfermagem para mais de 50 leitos	0	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 4 leitos	3	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 5 leitos	2	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 6 leitos	1	0
1 Auxiliar de Enfermagem para 7 ou mais leitos	0	0

Quadro 68: Centro Cirúrgico – corresponde a alocação de funcionários destinados ao centro cirúrgico.

Quadro 68

CENTRO CIRÚRGICO	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro Supervisor por Turno Funcional	2	0
2 Técnico / Auxiliar para cada sala por Turno Funcional	2	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 2 salas por Turno Funcional	1	0

Quadro 69: Pediatria – corresponde a alocação de funcionários destinados a pediatria.

Quadro 69

PEDIATRIA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro para cada 20 leitos diurno	3	0
1 Enfermeiro para cada 30 leitos diurno	2	0
1 Enfermeiro para cada 40 leitos diurno	1	0
1 Enfermeiro para mais de 60 leitos diurno	0	0
1 Enfermeiro Supervisor	3	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 30 leitos	3	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 40 leitos	2	0
1 Técnico de Enfermagem para cada 50 leitos	1	0
1 Técnico de Enfermagem para mais de 50 leitos	0	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 4 leitos	3	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 5 leitos	2	0
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 6 leitos	1	0
1 Auxiliar de Enfermagem para 7 ou mais leitos	0	0

Quadro 70: UTI Neonatal / Pediátrica – corresponde a alocação de funcionários destinados a UTI neonatal e/ou pediátrica.

Quadro 70

UTI NEONATAL / PEDIÁTRICA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro na UTI por Turno	2	0
1 Auxiliar para cada 2 incubadoras por Turno	2	0
1 Auxiliar para cada 4 incubadoras por Turno	1	0
1 Auxiliar para cada 6 berços / leitos por Turno	2	0
1 Auxiliar para cada 8 berços / leitos por Turno	1	0
1 Auxiliar para 10 berços / leitos ou mais	0	0

Quadro 71: UTI Pediátrica – corresponde a alocação de funcionários destinados a UTI Pediátrica.

Quadro 71

UTI PEDIÁTRICA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro por Turno para no máximo 10 leitos	1	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 2 leitos por Turno	1	0
1 Médico plantonista	1	0

Quadro 72: UTI Neonatal – corresponde a alocação de funcionários destinados a UTI Neonatal.

Quadro 72

UTI NEONATAL	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro por Turno para no máximo 10 leitos	1	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 2 leitos por Turno	1	0
1 Médico plantonista	1	0

Quadro 73: Centro de Material – corresponde a alocação de funcionários destinados ao centro de material.

Quadro 73

CENTRO DE MATERIAL	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Técnico / Auxiliar para cada 50 leitos 24 horas	2	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 70 leitos 24 horas	1	0
1 Técnico / Auxiliar para 90 leitos ou mais 24 horas	0	0
1 Enfermeiro Supervisor por Turno Funcional	1	0

Quadro 74: Centro Obstétrico – corresponde a alocação de funcionários destinados ao centro obstétrico.

Quadro 74

CENTRO OBSTÉTRICO	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro Supervisor	1	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 2 salas por Turno	1	0
1 Auxiliar para cada sala de pré-parto por Turno	1	0

Quadro 75: Patologia Clínica – corresponde a alocação de funcionários destinados a patologia clínica.

Quadro 75

PATOLOGIA CLÍNICA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Bioquímico / Biomédico por Turno Funcional	1	0
1 Técnico de Laboratório para cada 50 leitos diurno	1	0
1 Técnico de Laboratório de plantão / 100 leitos	1	0
1 Auxiliar de Laboratório para cada 100 leitos por Turno Funcional	1	0

Quadro 76: UTI Geral – corresponde a alocação de funcionários destinados a UTI geral.

Quadro 76

UTI GERAL	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro por Turno para no máximo 10 leitos	1	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 2 leitos por Turno	1	0
1 Médico plantonista	1	0

Quadro 77: Transplante – corresponde a alocação de funcionários destinados ao setor de transplante de órgãos.

Quadro 77

TRANSPLANTE	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro por Turno para no máximo 10 leitos	1	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 2 leitos por Turno	1	0
1 Médico plantonista	1	0

Quadro 78: UTI Coronariana – corresponde a alocação de funcionários destinados a UTI coronariana.

Quadro 78

UTI CORONARIANA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro por Turno para no máximo 10 leitos	1	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 2 leitos por Turno	1	0
1 Médico plantonista	1	0

Quadro 79: Berçário – corresponde a alocação de funcionários destinados ao berçário.

Quadro 79

BERÇÁRIO	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Enfermeiro Supervisor	1	0
1 Técnico / Auxiliar para cada 4 berços	1	0

Quadro 80: Médico de Sobreaviso – corresponde a alocação de funcionários destinados ao plantão de sobreaviso.

Quadro 80

MÉDICO SOBREAVISO	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Médico de Sobreaviso na Clínica Médica	1	0
1 Médico de Sobreaviso na Clínica Cirúrgica	1	0
1 Médico de Sobreaviso na Pediatria	1	0
1 Médico de Sobreaviso no Berçário	1	0
1 Médico de Sobreaviso na Clínica Obstétrica	1	0
1 Anestesiologista	1	0

Quadro 81: Diagnóstico por Imagem – corresponde a alocação de funcionários destinados aos serviços de diagnóstico por imagem.

Quadro 81

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Técnico de Raio X / Turno Funcional	1	0
1 Técnico de Tomografia / Turno Funcional	1	0
1 Técnico de Ressonância / Turno Funcional	1	0
1 Médico Radiologista / Turno Funcional	1	0

Quadro 82: Radioterapia – corresponde a alocação de funcionários destinados aos serviços radioterápicos.

Quadro 82

RADIOTERAPIA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Médico Supervisor	1	0
1 Técnico por sala / Turno Funcional	1	0
1 Auxiliar por sala / Turno Funcional	1	0

Quadro 83: Farmácia – corresponde a alocação de funcionários destinados a farmácia.

Quadro 83

FARMÁCIA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Farmacêutico responsável	1	0
1 Auxiliar de Farmácia para cada 100 leitos	1	0
1 Servidor / Turno	1	0

Quadro 84: SAME – corresponde a alocação de funcionários destinados aos serviços de arquivo médico e estatístico.

Quadro 84

SAME	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Profissional qualificado com nível médio	1	0
1 Funcionário / Turno Funcional	1	0

Quadro 85: Serviço Social – corresponde a alocação de funcionários destinados ao serviço social.

Quadro 85

SERVIÇO SOCIAL	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Assistente Social	1	0

Quadro 86: SND – corresponde a alocação de funcionários destinados aos serviços de nutrição e dietética.

Quadro 86

SND	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Nutricionista	1	0
1 Funcionário para preparação e distribuição	1	0
1 Funcionário para cada 15 leitos	3	0
1 Funcionário de 16 a 25 leitos	2	0
1 Funcionário 26 a 35 leitos	1	0
1 Funcionário para mais de 35 leitos	0	0

Quadro 87: Lavanderia – corresponde a alocação de funcionários destinados a lavanderia.

Quadro 87

LAVANDERIA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Funcionário para cada 15 leitos	2	0
1 Funcionário de 16 a 25 leitos	1	0
1 Funcionário para mais de 26 leitos	0	0

Quadro 88: Limpeza – corresponde a alocação de funcionários destinados os serviços de limpeza.

Quadro 88

LIMPEZA	POSSUI	NÃO POSSUI
1 Funcionário para cada 10 leitos	2	0
1 Funcionário de 11 a 15 leitos	1	0
1 Funcionário para 20 leitos ou mais	0	0

5.5.1.4. Organização e funcionamento

Busca analisar a existência e o cumprimento dos procedimentos necessários para o pleno funcionamento de todas as instalações hospitalares. As colunas de pontuação definem a existência ou não das rotinas.

Quadro 89: Normas de organização e funcionamento

Quadro 89

NORMAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	SIM	NÃO
Há regulamento do Hospital	1	0
O regulamento é de conhecimento de todos	1	0
O regulamento é seguido	1	0
Há organograma	1	0
Este organograma é de conhecimento de todos	1	0
Há um Diretor / Gerente que permanece na instituição no mínimo 6 horas por dia	1	0
Há responsável pela área médica	1	0
Há responsável pela área administrativa	1	0
Há gerente de nível universitário com formação em administração hospitalar	1	0
Há Conselho Diretor / Provedoria (CD)	1	0
O Conselho de Administração é Órgão Superior	1	0
O CD conta com a participação do Diretor Clínico / Técnico e do Diretor Administrativo	1	0
O CD é quem formula as políticas gerais	1	0
O CD é quem define as prioridades e controla os resultados institucionais	1	0
O CD se reúne pelo menos 1 vez / mês	1	0
Existem as Comissões de:		
Infecção Hospitalar	1	0
Avaliação de Prontuário	1	0
Óbitos	1	0
Ética Médica	1	0
Farmácia e Medicamentos	1	0
Padronização de materiais	1	0
Há Comissão de Custos Hospitalares	1	0
Há Comissão de Controle de Qualidade	1	0
Há Comissão de Curativos	1	0
Há Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral	1	0
Há Comissão de Residência Médica	1	0
Há sistema gerencial com relatório mensal de produção / unidade	1	0
Há utilização de indicadores para avaliação do hospital	1	0
Há protocolo de correspondência	1	0
Existem padronização e rotinas administrativas voltadas para a gestão de materiais	1	0
Há definição de planejamento baseada em objetivos e metas	1	0
Existe planejamento para aquisição de equipamentos	1	0
A gestão hospitalar possui o orçamento e o plano de metas	1	0
Existe controle de custos	1	0

Quadro 90: Unidade de organização

Quadro 90

UNIDADE DE ORGANIZAÇÃO	SIM	NÃO
Há Profissional responsável pelos Recursos Humanos	1	0
Existe distinção entre administração de pessoal e financeira	1	0
Há definição de função para as diversas categorias funcionais	1	0
Há registro de pessoal segundo a legislação	1	0
Há pasta funcional para cada funcionário	1	0
Há processo de seleção para admissão	1	0
Há programa de integração do funcionário	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há reciclagem habitual dos funcionários	1	0
Há plano de carreiras, cargos e salários	1	0
Há avaliação de desempenho	1	0
Há sistema de controle de frequência (Eletrônico ou Manual)	1	0
Há manual de normas, procedimentos e rotinas para cada área	1	0
Há avaliação do cumprimento destas normas	1	0
Há supervisão direta no setor para o pessoal	1	0
Há atualização periódica dos prontuários funcionais	1	0
Há análise de currículo para admissão de pessoal	1	0

Quadro 91: Qualidade

Quadro 91

QUALIDADE	SIM	NÃO
Há um Profissional responsável pelos programas de Qualidade	1	0
Há programas definidos destinados à melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar (CCIH, Curativo ...)	1	0
Há programas definidos de melhoria de qualidade para as áreas administrativas e de apoio	1	0
Houve pelo menos um projeto de melhoria de qualidade executado e constatável nos últimos 2 anos	1	0
Há programas de avaliação de qualidade através de questionários aos pacientes ou familiares na internação, ambulatório ou PA	1	0
Há instituição de providências a partir do constatado neste questionários	1	0
Há grupo coordenador de gestão de qualidade composto por pelo menos 1 funcionário da área médica, de enfermagem e da administração	1	0
Há levantamento do perfil epidemiológico da demanda	1	0
Este perfil é utilizado como instrumento de gerenciamento	1	0
Há serviço de atendimento ao usuário (SAC)	1	0
Há levantamento periódico do nível de satisfação dos funcionários	1	0
Há cadastro de todos que trabalham no hospital independente de vínculo trabalhista	1	0

Quadro 92: Contabilidade / Tesouraria

Quadro 92

CONTABILIDADE / TESOURARIA	SIM	NÃO
Há um Profissional responsável pelo controle contábil da entidade	1	0
Há fluxo de caixa	1	0
Há seguimento da execução da previsão	1	0
Existe controle de receitas / despesas	1	0
Há balancete mensal segundo legislação	1	0
Há balanço anual segundo legislação	1	0
A Contabilidade Geral está integrada ao sistema de custos	1	0
Hospital contrata auditoria externa	1	0
Há conhecimento do componente hospitalar e respectivo percentual de paciente / dia	1	0
Há conhecimento do componente hospitalar e respectivo percentual de cada serviço	1	0
Há controle contábil de estoque	1	0
Há previsão orçamentária	1	0
Há inventário de bens imobilizados	1	0
Há arquivamento organizado da documentação	1	0
O serviço é todo informatizado	1	0
Há preocupação com redução de custos e melhoria da qualidade	1	0

Quadro 93: Saúde ocupacional

Quadro 93

SAÚDE OCUPACIONAL	SIM	NÃO
Há Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	1	0
Há treinamento sistemático quanto a prevenção de acidentes	1	0
Há assistência médica em casos de acidente de trabalho	1	0
Há uso de equipamentos individuais e coletivos para prevenção de acidentes (EPI / EPC)	1	0
O Hospital dispõe do PCMSO e PPRA	1	0
Existe o serviço especializado de medicina e segurança do trabalho de acordo com a legislação	1	0
Há monitoramento dos acidentes de trabalho com vistas a orientar medidas de prevenção	1	0
Há mural com normas da CIPA	1	0
Há eleição para membros da CIPA	1	0

Quadro 94: Segurança Geral

Quadro 94

SEGURANÇA GERAL	SIM	NÃO
Há saídas de emergência acessíveis e claramente sinalizadas	1	0
Há sistema de prevenção e combate a incêndios	1	0
Há treinamento de pessoal para como atuar em casos de emergência	1	0
Há corrimão em ambos os lados das escadas	1	0
Há hidrantes e extintores	1	0
Eles estão claramente sinalizados	1	0
Os circuitos de gases e combustíveis estão claramente sinalizados	1	0

Quadro 95: Ensino e Pesquisa

Quadro 95

ENSINO E PESQUISA	SIM	NÃO
Há um Coordenado com mestrado	1	0
Existem equipes para desenvolver a pesquisa	1	0
Há divulgação do resultado das pesquisas	1	0
Existe Laboratório de Análises Clínicas para desenvolver estas pesquisa	1	0

Quadro 96: SAME

Quadro 96

SAME	SIM	NÃO
Há local exclusivo para o SAME	1	0
O SAME é informatizado	1	0
Há sistema único de numeração para os prontuários	1	0
Há elaboração de história clínica em qualquer tipo de atendimento	1	0
Nos prontuários médicos todas as folhas estão datadas	1	0
EM TODOS OS PRONTUÁRIOS HÁ PREENCHIMENTO CLARO DE:		
Anamnese e exame físico	1	0
Evolução clínica	1	0
Prescrição médica	1	0
Evolução de enfermagem	1	0
Prescrição de enfermagem	1	0
Relatório de cirurgia	1	0
Exames complementares fixos e em ordem de solicitação por data	1	0
Há assinatura dos profissionais e identificação em todas as folhas	1	0
Há folha para evolução e prescrição de outros profissionais	1	0
Há resumo de alta com diagnóstico de entrada e de alta	1	0
Há notificação de infecção	1	0
Há anotações de comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH)	1	0
Há padronização de formulários	1	0
As anotações nos prontuários são legíveis	1	0
Há sistema lógico de arquivamento que permita a localização imediata de qualquer prontuário solicitado	1	0
Há controle de entrada e saída de prontuários	1	0
Há fichário nosológico	1	0
Há normas e padrões definidos e de conhecimento de todos os funcionários	1	0
É possível acessar o SAME nas 24 horas	1	0
EXISTE REGISTRO ESTATÍSTICO DE:		
Consultas	1	0
Internações	1	0
Óbitos	1	0
Mortalidade Geral	1	0
Mortalidade Institucional	1	0
Número de nascimentos	1	0
Taxa de partos normais	1	0
Taxa de cesarianas	1	0
Tempo médio de permanência	1	0
Número de intervenções cirúrgicas	1	0
Taxa de ocupação hospitalar	1	0
Taxa de mortalidade por clínica	1	0
Taxa de mortalidade operatória	1	0
Taxa de permanência e ocupação por clínica	1	0
Taxa de rotatividade do leito	1	0
Taxa de rotatividade de funcionários por setor e categoria	1	0
Há pessoal específico e conhecedor do processo estatístico	1	0
O registro por doenças utiliza o CID-10	1	0
Existe registro do Perfil Epidemiológico da Instituição	1	0
Há ampla divulgação das informações coletadas	1	0
Utilizam-se estas estatísticas nos processos de gestão	1	0
Utilizam-se estas estatísticas como instrumento de melhoria de qualidade	1	0
Há aviso de transferência de pacientes	1	0
Há registro de doenças de notificação compulsória	1	0

Quadro 97: Hemoterapia / Agência Transfusional

Quadro 97

SADT HEMOTERAPIA / AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	SIM	NÃO
Funciona 24 horas por dia	1	0
Há observação quanto a reações transfusionais e pós-transfusionais	1	0
Há estoque em qualidade e quantidade	1	0
Há condições adequadas de estocagem	1	0
É realizada prova cruzada antes da transfusão	1	0

Quadro 98 A: Hemoterapia / Banco de Sangue

Quadro 98 A

SADT HEMOTERAPIA / BANCO DE SANGUE	SIM	NÃO
O serviço permite ao hospital avaliado dispor de sangue e/ou hemocomponente, em prazo inferior a um hora, pelos meios de transporte habituais	1	0
Esse serviço conta com meios para realizar as seguintes provas imunohematológicas obrigatórias: grupo sanguíneo, fator RH e pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) no receptor; grupo sanguíneo, fator RH no doador e provas de compatibilidade (prova cruzada)	1	0
É feito o monitoramento, registro e controle das reações adversas à transfusão de sangue	1	0
Existe um convênio firmado entre o serviço de hemoterapia e o hospital	1	0
O médico solicitante supervisiona as unidades recebidas do serviço de hemoterapia	1	0
Nos rótulos das unidades (bolsas) estão registrados os testes de rotina	1	0
O serviço é localizado em área exclusiva	1	0
O serviço é responsável pelo sangue que fornece	1	0
Os manuais de Procedimentos, Normas e Rotinas estão disponíveis e são atualizados periodicamente	1	0
Os componentes que o serviço recebe do Serviço de Hemoterapia estão de acordo com os padrões vigentes para a prevenção de doenças transmissíveis	1	0
Existem as seguintes informações nas unidades de sangue disponíveis (bolsas) para transfusão: realização de testes sorológicos (VDRL, doença de Chagas), antígenos de hepatite B, sorologia para hepatite C, detecção de anticorpos anti-HIV, grupo sanguíneo, fator RH, nome e endereço da instituição coletora, nome e volume aproximado do produto hemoterápico com identificação numérica ou alfanumérica	1	0
Há habilitação do médico responsável pelo serviço (Certificado da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia)	1	0
As bolsas estão armazenadas em refrigerador apropriado e de uso exclusivo com registros de controle da temperatura máxima e mínima	1	0
O serviço dispõe de posto de coleta de sangue para abastecer o banco provedor	1	0
As condições de estocagem, transporte e validade do sangue e seus componentes compõe-se de: refrigeradores utilizados para o armazenamento de sangue / componentes, que possuam termômetro em seu interior, com verificação e anotação da temperatura a cada 06 horas, pelo menos (exceto no sistema automático); termômetro no interior da caixa de transporte	1	0
O médico e a equipe técnica têm habilitação específica	1	0
O serviço de hemoterapia realiza avaliações periódicas da ocorrência de reações adversas às doações e às transfusões de sangue	1	0
O serviço de hemoterapia tem políticas definidas para a realização de transfusões e normas para fracionamento do sangue, conservação dos componentes, calibragem de aparelhos e técnicas laboratoriais utilizadas	1	0

Quadro 98 B: Hemoterapia / Banco de Sangue

Quadro 98 B

SADT HEMOTERAPIA / BANCO DE SANGUE	SIM	NÃO
O serviço de hemoterapia é centro de referência para outros estabelecimentos	1	0
Os exames pré-transfusionais (do receptor) contam com as seguintes provas imunohematológicas: grupo sanguíneo e fator RH e pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) do receptor; provas de compatibilidade, grupo sanguíneo e fator RH do doador	1	0
Existe registro de receptores, dados relacionados aos testes transfusionais e número de unidades transfundidas, bem com a relação de doadores e dados sanitários para sua admissão como doadores	1	0
O serviço de hemoterapia está habilitado legalmente, devendo o certificado estar em lugar visível	1	0
Há uma relação das unidades de saúde que se abastecem no serviço ou que fornecem sangue doado, assim como aquelas para onde o sangue foi enviado	1	0
Há fornecimento de matéria prima às plantas de hemocomponentes	1	0
Há um sistema interno de identificação das amostras, bolsas e hemocomponentes	1	0
São realizadas todas as provas sorológicas necessárias	1	0
Há programas de controle de qualidade interno e o serviço de hemoterapia participa de algum programa de controle de qualidade externo	1	0
O serviço de hemoterapia supervisiona tecnicamente todas as fases do processo (coleta, processamento, armazenamento, distribuição e transfusão)	1	0

Quadro 99: SADT Patologia Clínica

Quadro 99

SADT PATOLOGIA CLÍNICA	SIM	NÃO
É informatizada	1	0
Há registro dos pedidos	1	0
Há identificação em código de barras ou números nos pedidos e frascos com material colhido	1	0
Há registro dos resultados	1	0
Há sistema de referência e contra-referência	1	0
Há execução de processos de controle de qualidade	1	0
Todo o material utilizado é descartável	1	0
Os aparelhos utilizados são de boa qualidade	1	0
Existem aparelhos em quantidade necessária	1	0
Há realização de exames de emergência	1	0
Há manutenção adequada dos aparelhos	1	0
Há cumprimento dos procedimentos e rotinas estabelecidas	1	0
Há pessoal para a execução dos exames 24 horas	1	0
Há supervisão direta no setor para o pessoal	1	0
Há política de reposição e compra de novos equipamentos	1	0
Há filosofia para implantar controle de qualidade	1	0
São realizados rotineiramente exames:		
Hematológicos	1	0
Bacteriológicos	1	0
Bioquímicos	1	0
Imunológicos	1	0
Sorológicos	1	0
Parasitológicos	1	0
Urina	1	0
Há realização de testes para controle de esterilização	1	0

Quadro 100: Hemodinâmica

Quadro 100

HEMODYNÂMICA	SIM	NÃO
Existe um profissional técnico habilitado	1	0
Há dispositivo de proteção individual e coletivo contra a radiação	1	0
Todos os resultados dos exames são emitidos com laudo feito por médico Especialista	1	0
Existe material de reanimação cardio-respiratória no Setor	1	0
Existe treinamento periódico com equipe de profissionais	1	0
Existe um programa formal de avaliação do grau de satisfação dos clientes e como funciona	1	0
O setor obedece as normas e os padrões nacionais de proteção radioativa	1	0
Há autorização para funcionamento conforme solicitação dos órgãos competentes	1	0
Existe manutenção preventiva e calibração dos equipamentos do setor	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de Procedimentos, Normas e Rotinas	1	0
Esses manuais são de conhecimento de todos	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Existe um controle periódico de exames para todos os funcionários	1	0
Há registro de ocorrências atualizado	1	0
Há Assistência de Enfermagem ao paciente na observação	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há registro dos exames realizados	1	0

Quadro 101: SADT Radiologia Clínica

Quadro 101

SADT RADIOLOGIA CLÍNICA	SIM	NÃO
É informatizado	1	0
Há registro de pedidos	1	0
Há fornecimento de Laudos	1	0
Há utilização por parte de todos de dosímetros	1	0
Há material de proteção para todos funcionários obrigatoriamente	1	0
Os funcionários utilizam o material de proteção obrigatória	1	0
Há controle na qualidade dos exames de emergência	1	0
Seguem-se as normas para profissionais da Área do RX	1	0
Há manutenção satisfatória dos equipamentos	1	0
Os equipamentos utilizados são de boa qualidade	1	0
Há sistema de referência e contra-referência	1	0
Há pessoal para a realização dos exames 24 horas	1	0
Há política de reposição e compra de novos equipamentos	1	0
Há filosofia para implantar controle de qualidade	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há estrutura humana e material para atendimento de emergência durante a realização de exames.	1	0
O serviço conta com 1 médico radiologista	1	0

Quadro 102: SADT Métodos Gráficos

Quadro 102

SADT MÉTODOS GRÁFICOS	SIM	NÃO
É informatizado	1	0
Há registro de pedidos	1	0
Há fornecimento de Laudos	1	0
Há controle na qualidade dos exames realizados	1	0
Há realização de exames de emergência	1	0
Há manutenção adequada dos aparelhos	1	0
O equipamento utilizado é de boa qualidade	1	0
Há sistema de referência e contra-referência	1	0
Há pessoal para a realização dos exames 24 horas	1	0
Há política de reposição e compra de novos equipamentos	1	0
Há filosofia para implantar controle de qualidade	1	0
Há supervisão direta no setor para o pessoal	1	0

Quadro 103: SADT Medicina Nuclear

Quadro 103

SADT MEDICINA NUCLEAR	SIM	NÃO
Existe mais de um profissional especialista em medicina nuclear	1	0
Existem normas no Setor para obedecer os padrões nacionais de proteção radioativa	1	0
O setor está a cargo de um profissional habilitado em medicina nuclear	1	0
Os traçadores radioativos estão acondicionados em um lugar de depósito, em conformidade com os padrões ditados pela autoridade competente	1	0
Há uma área específica para os equipamentos de medição	1	0
Existe um local para gerenciamento dos rejeitos radioativos que assegura a não contaminação	1	0
Existe um especialista em física em caso de mais de 200 exames mensais	1	0
Existe alvará de funcionamento expedido por autoridade competente, exibido em local visível	1	0
Há treinamento continuado dos profissionais desse Setor	1	0
Existe área exclusiva para preparo e manuseio das substâncias radioativas para cada equipamento de medição	1	0
Existe monitoração periódica dos funcionários pelo pessoal de controle médico	1	0
Há sistema de medição de radiação	1	0
Existe manual de Procedimentos, Normas e Rotinas	1	0
Existe referência e contra-referência	1	0
Existe manutenção preventiva e calibração dos equipamentos	1	0
Existe descontaminação terapêutica do paciente com iodo	1	0
Há dados e indicadores que permitem a avaliação do Setor e comparação com referenciais adequados	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0

Quadro 104: SADT Fisiatria / Fisioterapia

Quadro 104

SADT FISIATRIA / FISIOTERAPIA	SIM	NÃO
Há um profissional responsável	1	0
Há agendamento para as sessões	1	0
Há material em quantidade suficiente	1	0
Há material de qualidade	1	0
Há sistema de referência e contra-referência	1	0
A unidade permite a realização de todos os tipos de práticas fisioterápicas	1	0
Há manutenção satisfatória dos materiais	1	0

Quadro 105: Farmácia

Quadro 105

FARMÁCIA	SIM	NÃO
Há um profissional responsável	1	0
Há padronização de medicamentos conforme decisão de comissão própria	1	0
Há condições para preparação de doses individuais	1	0
É informatizada	1	0
Há rotina de distribuição de medicamentos	1	0
Há farmácias satélites por andar ou por especialidade	1	0
Há farmácia no centro cirúrgico	1	0
Há preparo da NPT	1	0
Há manipulação de cistostáticos	1	0
Há distribuição de medicamentos em dose unitária	1	0
Há laboratório semi-industrial	1	0
Há sistema de controle de estoque	1	0
Há esquema para atendimento de urgência	1	0
Há controle de qualidade	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há política de reposição e compra de novos equipamentos	1	0
Há filosofia para implantar controle de qualidade	1	0
Há sistema de referência e contra-referência	1	0
Há normas e rotinas para a Nutrição Parenteral	1	0
Há normas e rotinas de Central de Diluição	1	0

Quadro 106: SADT Endoscopia / Colonoscopia

Quadro 106

SADT ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	SIM	NÃO
Há supervisão	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
Há um profissional médico habilitado para atender os pacientes	1	0
Há material e equipamento para atender parada cardíaco-respiratória	1	0
Há programa de educação em serviço para todos os funcionários	1	0
O lixo é acondicionado de forma correta conforme as normas da ABNT	1	0
Existe atendimento de emergência sempre que necessário	1	0
O serviço dispõe de protocolos para esses serviços	1	0
Existe registro de ocorrência atualizado	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Existe manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Existe manutenção preventiva dos equipamentos	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há fornecimento de laudos	1	0
Há controle de qualidade dos exames realizados	1	0

Quadro 107: SADT Cistoscopia

Quadro 107

SADT CISTOSCOPIA (ENDOSCOPIA URULÓGICA)	SIM	NÃO
Há supervisão	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
Há um profissional médico habilitado para atender os pacientes	1	0
Há material e equipamento para atender parada cardíaco-respiratória	1	0
Há programa de educação em serviço para todos os funcionários	1	0
O lixo é acondicionado de forma correta conforme as normas da ABNT	1	0
Existe atendimento de emergência sempre que necessário	1	0
O serviço dispõe de protocolos para esses serviços	1	0
Existe registro de ocorrência atualizado	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Existe manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Existe manutenção preventiva dos equipamentos	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há fornecimento de laudos	1	0
Há controle de qualidade dos exames realizados	1	0

Quadro 108: SADT Radioterapia

Quadro 108

SADT RADIOTERAPIA	SIM	NÃO
O serviço está a cargo de um médico especialista	1	0
Existe equipamento de Cobaltoterapia, com ou sem equipamento para radioterapia Superficial	1	0
Existe um físico especializado para calibração de equipamentos conforme o órgão competente sugere	1	0
Existe autorização para funcionamento do serviço	1	0
Existe um sistema de proteção individual e coletiva	1	0
Há treinamento de todos os funcionários ligados ao Setor	1	0
Existe um controle de exames preventivos para os funcionários	1	0
Existe controle da posição do paciente no momento do processo de tratamento	1	0
Há profissionais desse serviço que participam de grupos que fazem uma abordagem integral do câncer e mantém intercâmbio com outros serviços	1	0
Há manuais de Normas e Rotinas	1	0
Existe sinalização advertindo sobre o risco de radiação	1	0
Realiza programas de intercomparação de dosímetro clínico	1	0
Existe serviço de manutenção preventiva dos equipamentos	1	0
Há sistema de indicadores que permite a obtenção de informações para melhoria de processos clínicos	1	0
Há sistema de controle de qualidade que permite calcular a dose absorvida por intermédio da distância do tratamento	1	0

Quadro 109: SADT Quimioterapia

Quadro 109

SADT QUIMIOTERAPIA	SIM	NÃO
Existe EPI a disposição dos funcionários	1	0
Há um farmacêutico para preparo das drogas quimioterápicas	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há programa de orientação ao paciente e a família (com palestras)	1	0
Há manual de orientação ao paciente e a família	1	0
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de Plantão	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Existe capela de fluxo laminar	1	0
Existe equipamento suficiente para a infusão de todas as drogas	1	0
Existe refrigerador para armazenamento de medicações com controle de temperatura	1	0
Há um profissional médico habilitado para atender os pacientes	1	0
Há material e equipamento para atender parada cardio-respiratória	1	0
Há programa de educação em serviço para todos os funcionários	1	0
Há apoio psicológico para paciente e família	1	0
O lixo é acondicionado de forma correta conforme as normas ABNT	1	0
Existe protocolo de cuidados com o paciente em tratamento e protocolo de conduta no extravasamento	1	0

Quadro 110: SADT Hemodiálise

Quadro 110

SADT HEMODIÁLISE	SIM	NÃO
Há manual de Procedimentos, Normas e Rotinas	1	0
Há escala de plantão médico	1	0
Há a presença do médico e da enfermeira durante o período em que os pacientes estão em hemodiálise	1	0
Existe atendimento de emergência sempre que necessário	1	0
Existe material para atendimento de parada cardio-respiratória	1	0
Existe pessoas treinadas para atendimentos de reanimações cardio-respiratórias	1	0
Existe registro dos pacientes em observação contendo sua evolução durante o tempo que ficou em observação	1	0
O serviço dispõe de protocolos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há registro dos dialisadores e linhas utilizados no tratamento junto ao Ministério da Saúde	1	0
Os componentes químicos são armazenados em local adequado	1	0
Há registro dos concentrados químicos utilizados para diálise junto ao Min. da Saúde	1	0
Há prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento	1	0
Existe registro de ocorrência atualizado	1	0
Há treinamento periódico com equipe profissional	1	0
Existe programa de orientação aos pacientes	1	0
Possui recreação para os pacientes durante a hemodiálise	1	0
Existe disponibilidade de assistência psicológica	1	0
Há passagem de Plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há observação de normas de isolamento	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0

Quadro 111: Diálise

Quadro 111

SADT DIÁLISE	SIM	NÃO
Há manual de Procedimentos, Normas e Rotinas	1	0
Há escala de plantão médico	1	0
Há a presença do médico e da enfermeira durante o período em que os pacientes estão em hemodiálise	1	0
Existe atendimento de emergência sempre que necessário	1	0
Existe material para atendimento de parada cardio-respiratória	1	0
Existe pessoas treinadas para atendimentos de reanimações cardio-respiratórias	1	0
Existe registro dos pacientes em observação contendo sua evolução durante o tempo que ficou em observação	1	0
O serviço dispõe de protocolos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há registro dos dialisadores e linhas utilizados no tratamento junto ao Ministério da Saúde	1	0
Os componentes químicos são armazenados em local adequado	1	0
Há registro dos concentrados químicos utilizados para diálise junto ao Min. da Saúde	1	0
Há prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento	1	0
Existe registro de ocorrência atualizado	1	0
Há treinamento periódico com equipe profissional	1	0
Existe programa de orientação aos pacientes	1	0
Possui recreação para os pacientes durante a hemodiálise	1	0
Existe disponibilidade de assistência psicológica	1	0
Há passagem de Plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há observação de normas de isolamento	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0

Quadro 112: Clínica Médica

Quadro 112

CLÍNICA MÉDICA	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais em horários determinados	1	0
Há controle do tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há condições para atendimento de emergência	1	0

Quadro 113: Clínica Cirúrgica

Quadro 113

CLÍNICA CIRÚRGICA	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais em horários determinados	1	0
Há controle do tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há preparo pré-operatório conforme normas e rotinas e/ou prescrição médica	1	0

Quadro 114: Gineco-Obstetrícia

Quadro 114

GINECO-OBSTETRÍCIA	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais em horários determinados	1	0
Há controle do tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há deambulação precoce	1	0
Há cuidados e orientação à puerpera	1	0
Há estímulo e orientação à amamentação	1	0
Há alojamento conjunto	1	0
Há pessoal treinado para acompanhar o alojamento conjunto	1	0

Quadro 115: Pediatria

Quadro 115

PEDIATRIA	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais em horários determinados	1	0
Há controle do tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há trabalho de recreação	1	0
Há programa de "mãe participante"	1	0
Há observação de esquema de imunização	1	0
Há observação quanto a dieta dos pacientes	1	0

Quadro 116: Neonatologia-Berçário

Quadro 116

NEONATOLOGIA - BERÇÁRIO	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais em horários determinados	1	0
Há controle do tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os RN são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há estímulo à amamentação	1	0
Há rotinas para banco de leite	1	0
Há permissão para visita dos pais à UTI Neonatal / Berçário	1	0
Há material suficiente para cada RN na UTI Neonatal / Berçário	1	0

Quadro 117: UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

Quadro 117

UTI – UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico 24 horas	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há monitoramento contínuo dos sinais vitais	1	0
Há controle tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há pessoal fixo na UTI	1	0
Há pessoal especializado na UTI	1	0
Todo equipamento está funcionando em perfeita ordem	1	0
Há programa de orientação aos familiares com relação ao paciente	1	0

Quadro 118: UTI Pediátrica / Neonatal

Quadro 118

UTI PEDIÁTRICA / NEONATAL	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico 24 horas	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há monitoramento contínuo dos sinais vitais	1	0
Há controle tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há pessoal fixo na UTI	1	0
Há pessoal especializado na UTI	1	0
Todo equipamento está funcionando em perfeita ordem	1	0
Há programa de orientação aos familiares com relação ao paciente	1	0

Quadro 119: UTI Coronariana

Quadro 119

UTI CORONARIANA	SIM	NÃO
Todos os pacientes possuem monitoração cardíaca	1	0
Existe manual de Normas e Rotinas específicas para o Setor	1	0
Esses manuais são de conhecimento de todos	1	0
Há material para ser usado em caso de parada cardio-respiratórias	1	0
Há eletrocardiograma no Setor	1	0
Há equipamento como bomba de infusão, respiradores para atender o número de leitos	1	0
Existe manual de orientação para a família	1	0
Há manual de orientação de cirurgia cardíaca para paciente e família	1	0
Há treinamento específico para os funcionários e médicos com assuntos específicos de cardiologia	1	0
Há programa de humanização para paciente e família	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessário	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais em horários determinados	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há cumprimento das normas dos manuais	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há preparo pré-operatório conforme as Normas, Rotinas ou prescrições médicas	1	0

Quadro 120: Transplante

Quadro 120

TRANSPLANTE	SIM	NÃO
Existe equipe de morte encefálica devidamente credenciada	1	0
Existe equipe multiprofissional para dar suporte à família	1	0
Há protocolo de morte encefálica	1	0
Há protocolo de todos os transplantes	1	0
Existe um coordenador para equipe de transplante	1	0
Todos os serviços estão a disposição durante as 24 horas	1	0
Existe manual de Normas e Rotinas de fácil acesso	1	0
Há lista única de todos os pacientes	1	0
Existe um programa de orientação aos receptores	1	0

Quadro 121: Centro Cirúrgico

Quadro 121

CENTRO CIRÚRGICO	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há mapa de programação cirúrgica	1	0
Há cumprimento da programação cirúrgica	1	0
Há preparo das salas antes das cirurgias	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há assistência na recuperação pós-anestésica	1	0
Há transporte fechado de roupas sujas	1	0
Há observação da técnica asséptica da equipe cirúrgica	1	0
Há registro das cirurgias	1	0
Há controle do material utilizado no paciente após a cirurgia	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de precaução padrão	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
A indução anestésica é conduzida por um anestesista	1	0
O anestesista permanece junto ao paciente durante a cirurgia	1	0

Quadro 122: Centro Obstétrico

Quadro 122

CENTRO OBSTÉTRICO	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há mapa de programação cirúrgica	1	0
Há cumprimento da programação cirúrgica	1	0
Há preparo das salas antes dos partos	1	0
Há programa de limpeza concorrente e terminal	1	0
Há assistência na recuperação pós-anestésica	1	0
Há transporte fechado de roupas sujas	1	0
Há observação da técnica asséptica da equipe obstétrica	1	0
Há registro dos partos	1	0
Há controle do material utilizado no paciente pós o parto	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico 24 horas	1	0
Há observação de normas de assepsia	1	0
São observadas normas de isolamento	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessária	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais da mãe e do feto	1	0
Há controle do tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
As pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há permanência de Profissional responsável durante os partos	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há assistência ao RN por neonatologista / pediatra	1	0

Quadro 123: Clínica Psiquiátrica

Quadro 123

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	SIM	NÃO
Há registro de ocorrência atualizado	1	0
Há escala de plantão	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de medicamentos administrados	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há atendimento médico de urgência sempre que necessário	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas rigorosas de assepsia	1	0
É feita higiene diária dos pacientes	1	0
É feita higiene dos pacientes sempre que necessário	1	0
Há controle de ingestão e eliminação de líquidos	1	0
Há controle de sinais vitais em horários determinados	1	0
Há controle de tempo de utilização de cateteres e equipos	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há manual de Normas, Procedimentos e Rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há serviço de copa exclusivo para o setor	1	0
O local é fechado	1	0
Há segurança 24 horas	1	0

Quadro 124: Pronto Atendimento – Serviços de Emergência

Quadro 124

PRONTO ATENDIMENTO – SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA	SIM	NÃO
Há manual de Procedimentos, Normas e Rotinas	1	0
Há número de salas suficientes para atender a demanda	1	0
Existe escala de plantão dos médicos	1	0
Existe disponível no local equipamentos, medicamentos e materiais para reanimação e manutenção cardio-respiratória	1	0
Existe registro dos pacientes em observação contendo a sua evolução durante o tempo em que ficou em observação	1	0
Há orientação para os familiares que aguardam os pacientes em observação	1	0
Há uma equipe treinada para o atendimento de reanimação cardio-respiratória	1	0
O serviço dispõe de especialidades como ortopedia, neurologia, cirurgia e vascular (Sobreaviso)	1	0
Existe assistência a casos agudos de psiquiatria	1	0
Existe área para o paciente ficar em observação até no máximo 24 horas	1	0
Existe protocolo clínico em pelo menos três das seguintes situações: Insuficiência respiratória, circulatória e renal aguda; psiquiátrico agudo, abdômen agudo, quadro neurológico e politrauma	1	0
Existe levantamentos relativos à eficácia do protocolo clínico	1	0
Existe disponibilidade de assistência psicológica	1	0
Há registro de ocorrências atualizado	1	0
Há passagem de plantão	1	0
Há escala de distribuição de tarefas	1	0
Há checagem de procedimentos realizados	1	0
Há checagem do horário de administração dos medicamentos	1	0
Há continuidade e igualdade de atuação em todos os turnos	1	0
Há plano de assistência de enfermagem aos pacientes	1	0
Há observação de normas de isolamento	1	0
Os pacientes são sempre identificados pelo nome	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Os funcionários usam EPI no contato com os pacientes	1	0

Quadro 125: Serviço de Higienização e Limpeza

Quadro 125

SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	SIM	NÃO
Há manual de Procedimentos, Normas e Rotinas	1	0
Estes manuais são de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas dos manuais	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há paramentação adequada do pessoal	1	0
Há padronização do material de limpeza	1	0
Há uso adequado dos produtos de limpeza	1	0
O horário de funcionamento atende as necessidades	1	0
É realizado limpeza periódica (a cada 06 meses) dos reservatórios de água e exames bacteriológicos	1	0
O aspecto da Instituição é limpo e conservado	1	0
A limpeza geral é realizada com água e sabão	1	0
Os materiais e produtos são padronizados em conjunto com a CCIH	1	0
Há transporte em carros fechados dos resíduos sólidos	1	0
Efetua a separação do lixo conforme as normas vigentes	1	0
Há coleta seletiva do lixo limpo	1	0
O local de depósito de resíduos sólidos é lavado e desinfetado diariamente	1	0
Há planejamento quanto às atividades diárias de higienização de todas as áreas da organização	1	0
Há rotinas sobre amputação de membros	1	0
A CCIH se relaciona ativamente com o Setor de Higienização, contribuindo com a elaboração e supervisão das normas de limpeza	1	0

Quadro 126: Centro de Material

Quadro 126

CENTRO DE MATERIAL	SIM	NÃO
Há estatística mensal de produção	1	0
Há sistema organizado de recepção de material	1	0
Há sistema organizado de distribuição de material	1	0
Há sistema organizado de preparo de material	1	0
Há sistema organizado de esterilização de material	1	0
Há sistema organizado de estocagem do material	1	0
Há controle biológico periódico das autoclaves	1	0
Há sistema de controle químico periódico das autoclaves	1	0
Há listagem de material por tipo de cirurgia	1	0
Há desinfecção satisfatória	1	0
Há identificação de cada material	1	0
Há controle da data do material estocado	1	0
O material esterilizado é estocado em ambiente condicionado	1	0
O material esterilizado está acondicionado em invólucro adequados	1	0
Há paramentação adequada do pessoal	1	0
Há manutenção adequada dos aparelhos	1	0
Há inventário periódico dos materiais	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0

Quadro 127: Serviço Social

Quadro 127

SERVIÇO SOCIAL	SIM	NÃO
Há cadastro atualizado de recursos da unidade	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para a realização do serviço	1	0
Há desenvolvimento de ações específicas para os funcionários (treinamentos, atendimentos individuais para encaminhamento de necessidades sociais, econômicas e emocionais)	1	0
Há prontuário de todos os casos	1	0
Há controle e acompanhamento de todos os casos	1	0
Há análise e avaliação de todos os casos	1	0
Há visitas a pacientes internados	1	0
Há visitas domiciliares	1	0
Há trabalho extensivo à comunidade	1	0
Há captação de recursos junto à Comunidade visando a melhoria das condições de vida do pacientes (medicação de alto custo, exames, consultas etc)	1	0
Há entrevistas com familiares de pacientes	1	0
Há participação em reuniões com as diversas equipes	1	0
O Serviço Social oferece apoio ao paciente após a alta	1	0

Quadro 128: Pastoral de Enfermos

Quadro 128

PASTORAL DE ENFERMOS	SIM	NÃO
Há grupo de voluntários que desenvolvem atividades visando o bem estar do paciente e familiares	1	0
Há reunião do grupo para a definição de metas	1	0
Este grupo desenvolve campanha e/ou promoções para arrecadar fundos para suprir necessidades específicas do hospital (reforma, aquisição de bens móveis, rouparia etc)	1	0
Este grupo presta assistência emocional aos pacientes durante a hospitalização	1	0

Quadro 129: SND - Lactário

Quadro 129

SND – LACTÁRIO	SIM	NÃO
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há elaboração diária de mapas de dietas	1	0
Há preparo das dietas conforme prescrição médica	1	0
Há paramentação adequada dos funcionários	1	0
Há controle de custos de cardápios e gêneros	1	0
Há controle mínimo de estoques	1	0
Há estatística de refeições distribuídas	1	0
Há no mínimo quatro refeições diárias por paciente	1	0
Há técnica adequada na manipulação e preparo das dietas	1	0
Há inexistência de insetos e roedores	1	0
Há controle bacteriológico periódico da cozinha e lactário	1	0
Há acondicionamento adequado das dietas	1	0
Há preparo de mamadeiras com técnica asséptica	1	0
Há esterilização das mamadeiras após o preparo	1	0
Há desinfecção das mamadeiras após a lavagem	1	0
Há mapa de fórmulas lácteas	1	0
Há sistema adequado de distribuição de mamadeiras	1	0

Quadro 130: Compras

Quadro 130

COMPRAS	SIM	NÃO
Há padronização de medicamentos	1	0
Há padronização de Laboratórios	1	0
Há padronização de materiais	1	0
Existe classificação de medicamentos dentro dos padrões ABC	1	0
Existe uma classificação dos medicamentos que mais giram (UEPS / PEPS)	1	0
Existe sistema de referência e contra referência	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Existe manual de Procedimentos, Normas e Rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Existe cadastro de fornecedores	1	0
Há sistema informatizado no setor	1	0

Quadro 131: Lavanderia

Quadro 131

LAVANDERIA	SIM	NÃO
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há barreira contra contaminação (separação das áreas de roupa limpa e suja)	1	0
Há paramentação adequada do pessoal	1	0
Há uso padronizado de materiais de limpeza	1	0
Há uso adequado dos produtos de lavagem	1	0
Há sistemas de controle de roupa limpa	1	0
Há separação de roupa por grau de sujidade	1	0
Há lavagem prévia da roupa de sujidade pesada e desinfecção da roupa contaminada	1	0
Há lavagem por lavadora	1	0
Há secagem por secadora	1	0
Há passagem da roupa através de calandra	1	0
Há reparação ou baixa imediata da roupa danificada	1	0
O ambiente da lavanderia é funcional	1	0
O horário de funcionamento atende às necessidades	1	0
Há estoque suficiente de roupa limpa	1	0
Há transporte através de carros de roupa limpa	1	0
A roupa limpa tem boa apresentação	1	0
Há transporte em carros fechados da roupa suja	1	0
Há estatística mensal de produção	1	0
Há inventário periódico da roupa	1	0
Há confecção de roupas para o hospital	1	0
Há central de roupas	1	0

Quadro 132: Almoxarifado

Quadro 132

ALMOXARIFADO	SIM	NÃO
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há controle de estoque por nível – mínimo, máximo.	1	0
Há sistema informatizado	1	0
Há sistema de controle de entrada e saída	1	0
Há rotinas de distribuição de material	1	0
Há padronização de material	1	0

Quadro 133: Manutenção

Quadro 133

MANUTENÇÃO	SIM	NÃO
Há manutenção preventiva dos equipamentos	1	0
Há manutenção preventiva das instalações	1	0
Há manutenção preventiva do prédio	1	0
Há manutenção preventiva do terreno	1	0
Há arquivo organizado com as plantas da edificação	1	0
Há arquivo organizado das instalações	1	0
Há manual de procedimentos, normas e rotinas	1	0
Este manual é de conhecimento de todos	1	0
Há cumprimento das normas do manual	1	0
Há pessoal para o serviço em todos os turnos	1	0
Há supervisão direta no setor	1	0
Há treinamento em serviço	1	0
Há programa de redução de consumo e conservação de energia	1	0

5.5.2. Indicadores hospitalares

Os indicadores hospitalares, segundo Perrone (1977) “são unidades estatísticas, que se definem como fatos ou coisas, contados ou médicos, que se representam por valores numéricos.” (Perrone, 1977. p. 7-8). Coloca ainda sobre a importância de serem mensurados corretamente, a fim de não levantar inverdades. Exemplo da importância dos indicadores hospitalares é que, através deles, pode-se levantar o início de uma epidemia ou mortes ocasionadas por infecção generalizadas; pode-se verificar ainda a suscetibilidade a patologias da região ou as mais variadas formas de informação. A elaboração deste item da estrutura

conta com um formulário que traz a maneira para mensuração destes aspectos. Dentro dos indicadores hospitalares, observou-se os indicadores de qualidade e produtividade.

Quadro 134: Indicadores hospitalares

Quadro 134

INDICADORES HOSPITALARES	
LEVANTAMENTO DE DADOS ANUAL	
Número de óbitos após 48 horas	
Número de saídas (altas e óbitos)	
Número de óbitos por causas maternas	
Número de pacientes saídos da obstetrícia	
Número de nascidos vivos	
Números de nascidos mortos	
Número de óbitos neonatais até 48 horas	
Número de óbitos operatórios até 10 dias pós-cirurgia	
Número de atos cirúrgicos	
Número de cesáreas	
Número de partos normais	
Número total de partos	
Número de Infecções atribuíveis ao hospital	
Número de supurações de feridas cirúrgicas em cirurgias limpas	
Número de cirurgias limpas no período	
Número de pacientes / dia	
Número de leitos / dia	
Número de leitos disponíveis no período	

5.5.2.1. Indicadores de qualidade

Segundo Perrone (1977, p.61) os indicadores de qualidade são “os que se prestam à avaliação dos aspectos qualitativos. Para a análise dos indicadores hospitalares viu-se a necessidade de observar os indicadores de qualidade que são os responsáveis pelos números – positivos ou negativos – do hospital. Dentro dos indicadores de qualidade, definiu-se como relevantes os itens a seguir por representarem a qualidade dos serviços médico-hospitalares:

Quadro 135: Taxa de mortalidade institucional – é a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital, a partir das quarenta e oito horas a contar da hora da admissão, em determinado período, e o total de pacientes saídos, no mesmo período.

Quadro 135

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 2,0%	10	
De 2,1 até 4,0%	6	
De 4,1 até 6,0%	3	
De 6,1% ou mais	0	

Quadro 136: Taxa de mortalidade materna – é a relação percentual entre o número de óbitos maternos, ocorridos em determinado período e o total de pacientes obstétricas saídas, no mesmo período.

Quadro 136

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 0,2%	10	
De 0,3 até 0,5%	6	
De 0,8 até 0,9%	3	
1,0% ou mais	0	

Quadro 137: Taxa de natimortalidade – é a relação percentual entre o número de óbitos de fetos de mais de vinte e oito semanas de gestação, em determinado período, e o total de nascimentos vivos, no mesmo período.

Quadro 137

TAXA DE NATIMORTALIDADE	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 1,9%	10	
De 2,0 até 2,9%	6	
De 3,0 até 3,9%	3	
4,0% e mais	0	

Quadro 138: Taxa de mortalidade neonatal – é a relação percentual entre o número de óbitos neonatais, em determinado período, e o total de nascimentos vivos, no mesmo período. Costuma-se dividir esse coeficiente em precoce e tardio, de acordo com os períodos neonatais correspondentes.

Quadro 138

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 1,9%	10	
De 2,0 até 3,9%	6	
De 4,0 até 4,9%	3	
5,0% e mais	0	

Quadro 139: Taxa de mortalidade operatória – é a relação percentual entre o número de óbitos operatórios, ocorridos em determinado período, e o total de pacientes operados, no mesmo período.

Quadro 139

TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 2,7%	10	
De 2,8 até 3,0%	6	
De 3,1 até 4,0%	3	
4,1% e mais	0	

Quadro 140: Taxa de cesáreas – é a relação percentual entre o número de cesarianas, praticadas em determinado período, e o total de partos ocorridos, no mesmo período.

Quadro 140

TAXA DE CESÁREAS	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 30,0%	10	
De 30,1 até 35,0%	6	
De 35,1 até 40,0%	3	
40,1% ou mais	0	

Quadro 141: Taxa de infecção hospitalar – é a relação percentual entre o número de casos de infecção a serem debitados ao hospital, em determinado período, e o total de pacientes saídos, no mesmo período.

Quadro 141

TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 8,0%	10	
De 8,1 até 9,9%	6	
De 10,0 até 11,9%	3	
12,0% ou mais	0	

Quadro 142: Taxa de supuração de ferida cirúrgica em cirurgia limpa – é a relação percentual entre o número de feridas supuradas em cirurgias limpas, praticadas em determinado período, e o total de cirurgias limpas realizadas, no mesmo período.

Quadro 142

TAXA DE SUPURAÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM CIRURGIA LIMPA	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 2,0%	10	
De 2,1 até 3,9%	6	
De 4,0 até 5,0%	3	
5,1% e mais	0	

5.5.2.2. Indicadores de Produtividade

Perrone (1977, p.61) define indicadores de produtividade como “os que servem para a aferição dos aspectos quantitativos (produção e produtividade).” (Perrone, 1977, p.61) São responsáveis pela apuração nos níveis de produtividade dos serviços médico-hospitalares da entidade. Constituem-se de:

Quadro 143: Taxa de ocupação

Quadro 143

TAXA DE OCUPAÇÃO	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
De 100,0 até 80,0%	10	
De 79,0 até 70,0%	6	
De 69,0 até 50,0%	3	
Menos de 50,0%	0	

Quadro 144: Taxa de permanência

Quadro 144

TAXA DE PERMANÊNCIA	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
Até 4 dias	10	
De 5 até 7 dias	6	
De 8 até 12 dias	3	
Acima de 13 dias	0	

Quadro 145: Giro de rotatividade do leito por ano

Quadro 145

GIRO DE ROTATIVIDADE DO LEITO / ANO	PONTOS MÁXIMOS	PONTOS OBTIDOS
38 a 72 vezes	10	
37 a 30 vezes	6	
29 a 20 vezes	3	
19 vezes ou menos	0	

Formulário:

$$\text{Taxa de mortalidade institucional} = \frac{\text{Número de óbitos após 48 horas de internação}}{\text{Número de Saídas (altas e óbitos)}} \times 100$$

$$\text{Taxa de mortalidade materna} = \frac{\text{Número de óbitos por causas maternas}}{\text{Número de pacientes saídas da obstetrícia (altas e óbitos)}} \times 100$$

$$\text{Taxa de natimortalidade} = \frac{\text{Número de nascidos mortos}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$$

$$\text{Taxa de mortalidade neonatal} = \frac{\text{Número de óbitos de RN até 48 horas}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$$

$$\text{Taxa de mortalidade operatória} = \frac{\text{Número de óbitos operatórios até 10 dias da cirurgia}}{\text{Número total de atos cirúrgicos}} \times 100$$

$$\text{Taxa de cesareanas} = \frac{\text{Número de cesareanas}}{\text{Número total de partos}} \times 100$$

$$\text{Taxa de infecção hospitalar} = \frac{\text{Número de infecções atribuíveis ao hospital}}{\text{Número de saídas (altas e óbitos)}} \times 100$$

$$\text{Taxa de supuração de ferida cirúrgica em cirurgia limpa} = \frac{\text{Número de infecções hospitalares de cirurgias limpas}}{\text{Número de cirurgias limpas realizadas no período}} \times 100$$

$$\text{Taxa de ocupação} = \frac{\text{Número de pacientes / dia}}{\text{Número de Leitos / dia}} \times 100$$

$$\text{Média de permanência} = \frac{\text{Número de pacientes / dia}}{\text{Número de saídas (altas e óbitos)}}$$

$$\text{Índice de giro de rotatividade do leito / ano} = \frac{\text{Número de saídas (altas e óbitos)}}{\text{Número de leitos disponíveis}} \times 100$$

5.6. Processo de avaliação

A avaliação é a parte que requer maior estudo para a classificação dos hospitais. Consiste na atribuição de pesos para cada critério avaliado buscando uma diferenciação entre os itens de maior e menor relevância.

A classificação dos hospitais não tem somente a finalidade de alocar os hospitais em categorias analisando alguns itens da entidade. Tem também o objetivo de estimular o desenvolvimento da rede hospitalar catarinense através do benefício da melhor remuneração.

5.6.1. Atribuição do sistema de pesos

A proposta de classificação levou em consideração para o cálculo da pontuação a facilidade de estímulo e a relevância para o consumidor final. Com base nisto, definiu-se como critério provisório de avaliação, a seguinte atribuição de pesos:

5.6.1.1. Serviços hospitalares

Os serviços hospitalares correspondem aos serviços elementares que caracterizam a instituição “hospital”. Todos os hospitais pequenos, médios e grandes devem prestar estes serviços, respeitando suas atribuições mínimas. É importante verificar se os hospitais cumprem com seus serviços básicos.

Entretanto, incluir uma especialidade em uma unidade de saúde é um processo demorado e dispendioso. O estímulo a inclusão e ao desenvolvimento de novos serviços pode ser demorado, e em alguns casos – em virtude da região e importância da entidade – ineficaz.

Foi atribuído o percentual de 7,00 % (sete por cento) da pontuação total para a avaliação deste item. Ao observar-se os serviços médicos hospitalares, vê-se que sua composição é formada por três subitens que recebem a distribuição percentual a seguir, por tratarem de serviços elementares básicos:

- Serviços hospitalares: 34,00 %
- Especialidades: 33,00 %
- Serviços complementares: 33,00 %

5.6.1.2. Recursos Físicos

A área física corresponde à descrição da área mínima exigida em lei para o desenvolvimento dos serviços médico-hospitalares. Baseada na legislação sanitária vigente, observa-se também o ambiente e o volume do serviço realizado, a fim de avaliar em que condições são realizados os serviços médico hospitalares.

A área física é importante para a realização dos serviços médico-hospitalares, entretanto, alguns tópicos devem ser levados em consideração: em primeiro lugar, a rede hospitalar catarinense se desenvolveu nas décadas de 60 e 70, onde o Governo Federal incentivou a criação de hospitais. A questão é que, na época, a exigência de área para a realização dos serviços não era prioridade, o que acarretou em hospitais com dificuldade de expansão da área. Em segundo lugar, alterar a estrutura de um hospital implica em problemas de ordem financeira, pois toda a alteração deve ser feita dentro dos novos padrões do Ministério da Saúde, o que onera em demasia hospitais sem o aporte necessário. Em terceiro lugar, o estímulo a mudanças de ordem estrutural é mais difícil por envolver vários procedimentos, tanto de serviços como administrativos, e a alocação de recursos, não dependendo somente dos profissionais diretamente envolvidos. Portanto, para a avaliação da área física foi atribuído o percentual de 7,00 % (sete por cento).

Este item é composto por 53 subitens. Seis destes receberão percentuais diferentes e os restantes 47 subitens, receberão percentual igual a 1,62 % (um vírgula sessenta e dois por cento). Os subitens com diferente percentual são:

- Clínica médica (4,30 %): por ser um importante serviço médico-hospitalar, atribui-se percentual diferenciado.

- Radiologia clínica (4,00 %): por ser o serviço de apoio ao diagnóstico e terapia mais utilizado e mais freqüente nos hospitais.

- Ginecologia / Obstetrícia (4,30 %): é um serviço de grande relevância por acompanhar as parturientes e as puérperas.

- Pediatria (4,30 %) : por tratar das patologias infantis, tem grande relevância social.

- SND – Serviço de Nutrição e Dietética (4,30 %): corresponde às dietas dos pacientes, que devem ser balanceadas e especiais.

- Lavanderia (2,80 %): por ser a primeira instância de combate à infecção hospitalar.

5.6.1.3. Recursos humanos

Corresponde ao total de profissionais, funcionários e colaboradores, próprios, conveniados ou terceirizados que montam o quadro funcional da instituição.

Apesar do processo de humanização dos hospitais incentivado pela Organização Mundial de Saúde, que destaca a aproximação do maior número de profissionais ao paciente, a fim de desenvolver o lado humano da entidade e buscar a integridade física e mental do internado, a realidade existente em Santa Catarina não pode retratar as atuais exigências. A principal dificuldade é a oferta de mão-de-obra qualificada nas diversas Regiões do Estado. É difícil deslocar profissionais de administração, medicina, enfermagem entre outros, para cidades distantes ou de difícil acesso, além do fato do deslocamento de profissionais tornar-se dispendioso.

Em virtude disto, foi atribuído o percentual de 17,00 % (quinze por cento) para a avaliação deste item. Observou-se que ele é composto por dois subitens que receberão percentuais diferentes:

- Proporção de recursos humanos (45,00 %)
- Lotação de pessoal (55,00 %)

5.6.1.4. Organização e funcionamento

Corresponde à análise da legislação sanitária vigente, adaptada à realidade organizacional dos hospitais através dos procedimentos padrões. Estes procedimentos hospitalares respeitam uma rotina já estudada e avaliada por inúmeros profissionais. É de grande relevância para o hospital por implicar diretamente na qualidade dos serviços. Seu estímulo pode ser facilitado com o apoio e o envolvimento do quadro funcional, o que pode garantir resultados a médio prazo, quando tornar-se parte da cultura da organização.

Portanto, foi atribuído o percentual de 30,00 % (trinta por cento) para a avaliação deste item. Ele é composto por 48 subitens que recebem percentual igual, à exceção de 6 subitens que recebem pontuação diferenciada, de acordo com as atribuições anteriores:

- Clínica médica (4,30 %)
- Radiologia clínica (4,00 %)
- Ginecologia / Obstetrícia (4,30 %)
- Pediatria (4,30 %)

- SND – Serviço de Nutrição e Dietética (4,30 %)
- Lavanderia (2,80 %)

5.6.1.5. Qualidade

É um dos itens de maior importância na avaliação de um hospital. Sua valorização deve ser prioridade nos nosocômios, uma vez que os índices podem transcrever a realidade da entidade e de seus serviços. A vida do consumidor final dos serviços médico-hospitalares depende da qualidade dos mesmos. A apuração das taxas deficientes pode facilmente ser feita, podendo delimitar a área problemática, a fim de levantar os dados necessários e proceder o estímulo de melhorias na qualidade.

Em virtude disto, foi atribuído o percentual de 30,00 % (trinta por cento) para a avaliação deste item e por representar este percentual do total de pontos da avaliação, qualquer estímulo ou melhoria pode resultar numa passagem de nível de remuneração.

5.6.1.6. Produtividade

Por envolver variáveis como a especialidade da unidade, sua importância regional, o porte entre outras, a produtividade é um fator de difícil estímulo e de relevância administrativa. Sua apuração pode determinar a permanência ou o fechamento de leitos da entidade. Em virtude disto, foi atribuído o percentual de 9,00 % (nove por cento) para a avaliação.

5.6.2. O cálculo da pontuação obtida

Fazer o cálculo dos critérios adotados respeita a seguinte ordem:

Exemplo: HOSPITAL “X”

Primeiramente, faz-se o levantamento da pontuação obtida através da soma dos pontos de cada item da avaliação. A partir daí, monta-se um quadro comparativo da pontuação obtida e da pontuação total de cada item avaliado.

	PONTUAÇÃO INICIAL					
	SH	AF	RH	OF	Q	P
Pontuação Obtida	33	803	98	697	58	20
Pontuação Total	42	1.280	126	922	80	30

1º passo: fazer o levantamento da proporção das porcentagens do valor total de pontos.

Primeiramente, faz-se a proporção dos percentuais atribuídos anteriormente dentro da pontuação geral. A pontuação geral consiste na soma total dos pontos.

	PROPORÇÃO					
	SH	AF	RH	OF	Q	P
Pontuação Geral	2.480	2.480	2.480	2.480	2.480	2.480
Percentual aplicado	7,00 %	7,00 %	17,00 %	30,00 %	30,00 %	9,00 %
Proporção por Item Avaliado	174	174	421	744	744	223

2º passo: obter a diferença percentual entre os pontos obtidos por item avaliado e a pontuação total de cada item.

Busca-se verificar qual o percentual atingido pela pontuação obtida do total de pontos de cada item avaliado.

	DIFERENÇA PERCENTUAL					
	SH	AF	RH	OF	Q	P
Pontuação Obtida	33	803	98	697	58	20
Pontuação Total	42	1.280	126	922	80	30
Diferença Percentual da Pontuação	78,57	62,73	77,78	75,60	72,50	66,67

3º passo: Aplicar o percentual obtido em cada item do segundo passo, nas proporções alcançadas no primeiro passo.

Busca-se verificar qual a pontuação resultante da aplicação da proporção percentual da pontuação obtida nos itens avaliados, aplicando-a na pontuação resultante dos percentuais aplicados nos critérios de pesos, chegando a pontuação proporcional por item.

	PONTUAÇÃO POR ITEM					
	SH	AF	RH	OF	Q	P
Proporção por Item avaliado	174	174	421	744	744	223
Diferença Percentual da Pontuação	78,57	62,73	77,78	75,60	72,50	66,67
Pontuação proporcional por Item	137	109	327	563	539	149

4º passo: alocar o HOSPITAL “X” no patamar do somatório dos pontos:

Após a obtenção da pontuação proporcional por item, basta apenas fazer a soma total dos pontos e alocar o hospital no nível onde a pontuação se enquadra.

PONTUAÇÃO GERAL	
Serviços hospitalares	137
Recursos físicos	109
Recursos humanos	327
Organização e funcionamento	563
Qualidade	539
Produtividade	149
TOTAL DE PONTOS	1.824

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	PONTUAÇÃO GERAL
Nível 01	2.480 – 2.200
Nível 02	2.199 – 1.700
Nível 03	1.699 – 1.200
Nível 04	1.199 – 1.050
Nível 05	1.049 – 950
Nível 06	949 – 800
Insuficiente	Menos que 800
TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS	2480

O hospital “X” ficou alocado no terceiro nível da classificação.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Definição e cálculo da população para o teste de validade da proposta

Para validar todo o estudo feito para a criação do instrumento de classificação dos hospitais e verificar sua consistência, é necessário que se faça um teste de sua aplicação em uma parte da população, ou seja, coletar uma amostra do número de hospitais do Estado e aplicar o instrumento.

Mattar (1997, p.260) define que “amostra é qualquer parte de uma população”. (Mattar, 1997, p.260). Seguindo ainda suas definições, observa-se que amostragem é o processo de colher amostras de uma população. Mattar (1997, p.260) destaca que a “idéia básica de amostragem está em que a coleta de dados em alguns elementos da população e sua análise podem proporcionar relevantes informações de toda a população.” (Mattar, 1997, p.260).

Mattar (1997) ainda destaca as vantagens de se aplicar o sistema de amostragem, salientando que devem ser respeitadas duas premissas. A primeira delas é a similaridade entre os elementos de uma população. Esta premissa traz a população de pesquisa que é conceituada por Mattar (1997, p.264) como “o agregado de todos os casos que se enquadram num conjunto de especificações previamente estabelecidas” (Mattar, 1997, p.264). A segunda é que se a amostra for bem coletada, as distorções se minimizam, apresentando características próximas da realidade da população. Com base no que apresentou o autor, verificou-se a população específica a qual se deveria aplicar o pré-teste do instrumento. De um total de 224 hospitais no Estado e observando a similaridade entre os elementos da população, definiu-se a população de pesquisa:

- Hospitais de pequeno porte: 135
- Hospitais de médio porte: 67
- Hospitais de grande porte : 22

É importante verificar que o processo de amostragem deverá ser através de amostragem probabilística, que Mattar (1997, p.266) descreveu como “aquela em que cada elemento da população tem uma chance conhecida e diferente de zero de ser selecionado para compor a amostra. As amostras probabilísticas geram amostras denominadas probabilísticas.” (Mattar, 1997, p.266).

Com a definição da população de pesquisa, verifica-se o número de elementos de pesquisa, também definidos por Mattar (1997).

Fez-se o cálculo da amostra de acordo com Mattar (1992, p. 322) que definiu a fórmula para o cálculo da amostra de uma população finita:

$$n = \frac{4 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + 4 \cdot p \cdot q}$$

onde:

n = tamanho da amostra

p = proporção de ocorrência da variável em estudo na população

q = 100 – p (em porcentagem)

N = tamanho da população

E² = erro de estimação permitido

Para a determinação da amostra das populações finitas, foram utilizados os seguintes parâmetros:

p = q = 50%;

erros de estimação indicados em torno de 7%; e

nível de confiança de 95%

Cálculo:

Amostra para hospitais de pequeno porte:

$$n = \frac{4 \cdot 50 \cdot 50 \cdot 135}{7^2 \cdot (135-1) + 4 \cdot 50 \cdot 50}$$

n = 82 hospitais de pequeno porte

Amostra para hospitais de médio porte:

$$n = \frac{4 \cdot 50 \cdot 50 \cdot 135}{7^2 \cdot (135-1) + 4 \cdot 50 \cdot 50}$$

n = 51 hospitais de médio porte

Amostra para hospitais de grande porte:

$$n = \frac{4 \cdot 50 \cdot 50 \cdot 22}{7^2 \cdot (22-1) + 4 \cdot 50 \cdot 50}$$

n = 20 hospitais de grande porte

6.2. Resultados da avaliação simulada em hospitais

Em virtude das amostras serem da ordem de 82, 51 e 20 para os hospitais de pequeno, médio e grande portes, respectivamente, a aplicação do instrumento tornou-se inviável face ao tempo e custos para o deslocamento. Entretanto, o instrumento foi aplicado em quatro hospitais, sendo um de grande porte, dois de médio porte e um de pequeno porte.

Os resultados obtidos apontam que as diretrizes adotadas para avaliação alcançaram as expectativas com relação ao escalonamento dos nosocômios. Os hospitais para a aplicação da avaliação simuladas foram escolhidos pela facilidade de acesso às informações necessárias.

6.2.1. Hospital “A”

É um hospital filantrópico de grande porte com 250 leitos e administrado pela congregação das irmãs da divina providência. Localizado em Blumenau, é considerado um hospital referência no Estado, contando, mais recentemente, com serviços de transplante de coração. Atende todos os planos de saúde, destacando-se o SUS e a UNIMED.

A aplicação do instrumento de classificação teve a duração de três dias e tendo a tabulação respeitado os critérios adotados para a avaliação, obteve-se os seguintes quadros:

PONTUAÇÃO HOSPITAL “A”	
Serviços hospitalares	149
Recursos físicos	118
Recursos humanos	351
Organização e funcionamento	627
Qualidade	614
Produtividade	134
Total	1.993

Com a soma dos pontos obtidos, observa-se o quadro de classificação a fim de verificar em que nível o hospital se encontra.

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	PONTUAÇÃO GERAL
Nível 01	2.480 – 2.200
Nível 02	2.199 – 1.700
Nível 03	1.699 – 1.200
Nível 04	1.199 – 1.050
Nível 05	1.049 – 950
Nível 06	949 – 800
Insuficiente	Menos que 800
TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS	2480

O Hospital “A” enquadrou-se no nível 02 da classificação. Pela atual remuneração da UNIMED, ele recebe pelos seus serviços de internação o valor referente a R\$ 27,70.

Apesar deste valor ser maior que o remunerado pelo SUS, não corresponde aos custos hospitalares de hotelaria, higienização, alimentação, medicamentos etc. Uma comparação corriqueira pode caracterizar exatamente a situação encontrada:

“Qual hotel que presta serviços de qualidade reconhecidos estadualmente, cobraria R\$ 27,70 para hospedar uma pessoa incluindo os serviços de quarto, alimentação, diária, acesso à farmácia e profissionais médicos, transporte e higienização pessoal?”

6.2.2. Hospital “B”

É um hospital privado de médio porte com 150 leitos. Pertence a um grupo evangélico e é administrado por um economista. Localizado em Blumenau, é também considerado um hospital referência no Estado, uma vez que seu atendimento não engloba o Sistema Único de Saúde, sendo destinado somente a planos privados de saúde ou internação particular, o que gera um volume maior de recursos.

A aplicação do instrumento de classificação teve a duração de dois dias e tendo a tabulação respeitados os critérios adotados para a avaliação, obteve-se os seguintes quadros:

PONTUAÇÃO DO HOSPITAL "B"	
Serviços hospitalares	191
Recursos físicos	152
Recursos humanos	310
Organização e funcionamento	543
Qualidade	573
Produtividade	193
Total	1.962

Com a soma dos pontos obtidos, observa-se o quadro de classificação a fim de verificar em que nível o hospital se encontra.

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	PONTUAÇÃO GERAL
Nível 01	2.480 – 2.200
Nível 02	2.199 – 1.700
Nível 03	1.699 – 1.200
Nível 04	1.199 – 1.050
Nível 05	1.049 – 950
Nível 06	949 – 800
Insuficiente	Menos que 800
TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS	2480

O Hospital "B" também enquadrou-se no nível 02 da classificação. Pela atual remuneração da UNIMED, ele recebe pelos seus serviços de internação o valor referente a R\$ 27,70. Como consta no item 6.2.1 e no 6.2.2 a remuneração foi estipulada com base em negociações regionais.

6.2.3. Hospital "C"

É um hospital privado de médio porte com 99 leitos. Localizado em Porto União é um importante referencial para este trabalho, uma vez que é classificado pela classificação dos hospitais do Paraná. A aplicação do instrumento de classificação teve a duração de um dia, e tendo a tabulação respeitado os critérios adotados para a avaliação, obteve-se os seguintes quadros:

PONTUAÇÃO DO HOSPITAL "C"	
Serviços hospitalares	33
Recursos físicos	59
Recursos humanos	197
Organização e funcionamento	437
Qualidade	446
Produtividade	74
Total	1.246

Com a soma dos pontos obtidos, observa-se o quadro de classificação a fim de verificar em que nível o hospital se encontra.

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	PONTUAÇÃO GERAL
Nível 01	2.480 – 2.200
Nível 02	2.199 – 1.700
Nível 03	1.699 – 1.200
Nível 04	1.199 – 1.050
Nível 05	1.049 – 950
Nível 06	949 – 800
Insuficiente	Menos que 800
TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS	2480

O Hospital "C" enquadrou-se no nível 03 da classificação. Pela atual remuneração da UNIMED, ele recebe pelos seus serviços de internação o valor referente a R\$ 18,00. Enquadrado pela classificação dos hospitais do Paraná no nível 03, recebe da mesma UNIMED pelo mesmo serviço o valor referente a R\$ 34,50.

Esta distorção torna-se inaceitável, uma vez que os serviços prestados são os mesmos.

6.2.4. Hospital "D"

É um hospital filantrópico de pequeno porte com 50 leitos. Localizado em Brusque, atende ao SUS e a planos privados de saúde.

A aplicação do instrumento de classificação teve a duração de um dia e meio e tendo a tabulação respeitado os critérios adotados para a avaliação, obteve-se os seguintes quadros:

PONTUAÇÃO DO HOSPITAL "D"	
Serviços hospitalares	45
Recursos físicos	31
Recursos humanos	84
Organização e funcionamento	212
Qualidade	558
Produtividade	74
Total	1.004

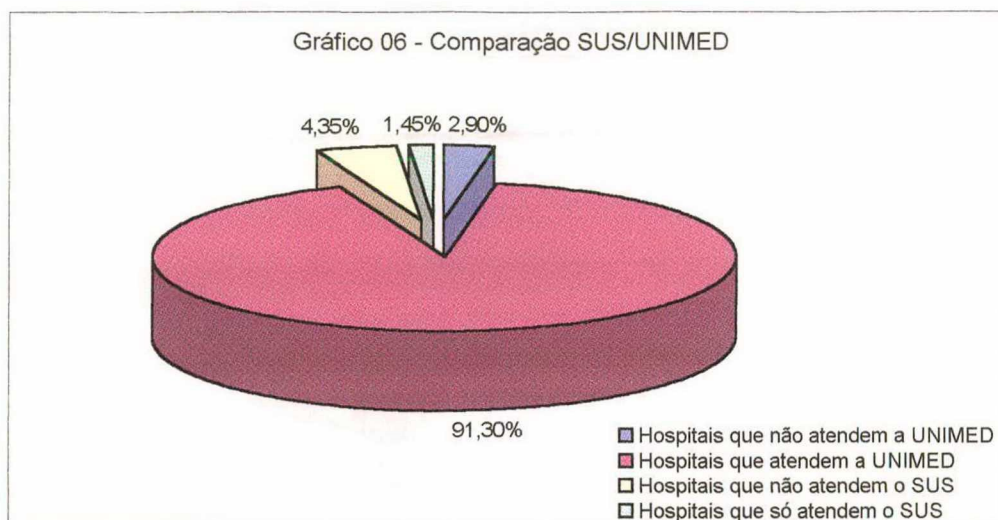
Com a soma dos pontos obtidos, observa-se o quadro de classificação a fim de verificar em que nível o hospital se encontra.

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	PONTUAÇÃO GERAL
Nível 01	2.480 – 2.200
Nível 02	2.199 – 1.700
Nível 03	1.699 – 1.200
Nível 04	1.199 – 1.050
Nível 05	1.049 – 950
Nível 06	949 – 800
Insuficiente	Menos que 800
TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS	2480

O Hospital "D" também enquadrou-se no nível 05 da classificação. Pela atual remuneração da UNIMED, ele recebe pelos seus serviços de internação o valor referente a R\$ 13,60.

6.3. Proposta de remuneração dos serviços médico-hospitalares

É visível a importância da remuneração dos hospitais por parte das entidades de saúde suplementar. Basta observar que no Estado, cerca de 2,90% dos hospitais não atendem a Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED, entidade tomada por base, sendo esta a maior representante das entidades de saúde suplementar, enquanto que 4,35% dos hospitais não atendem o SUS, conforme apresentado no Gráfico 06.



Entretanto, a Lei 9.656 tem uma lacuna que não regulamenta a forma de pagamento das entidades prestadoras de serviço, o que permite a prática da livre negociação, onde o poder das entidades de saúde suplementar face às dificuldades vivenciadas pelas entidades prestadoras, resulta em baixa remuneração dos serviços. Esta realidade é o principal ponto da formulação deste trabalho.

A mesma UNIMED que vende um plano básico em Santa Catarina por R\$ 94,00, vende o mesmo plano no Paraná por R\$ 96,17, o que gera uma distorção de 2,16 % no valor cobrado pelos planos. A questão é que há uma distorção de 2,16 % no valor cobrado nos planos de saúde porque a remuneração não acompanha esta distorção reduzida, conforme mostra o item 6.2.3, onde o hospital “C” recebe da UNIMED Paraná pelos serviços de internação na enfermaria R\$ 34,50, enquanto que pela UNIMED Santa Catarina, recebe pelos serviços R\$ 18,00, o que gera uma distorção de 47,83 %. Não há justificativa palpável para esta distorção.

Tomando por base o hospital “C”, classificado pela classificação dos hospitais do Paraná e enquadrado por este estudo no mesmo nível, busca-se uma adequação dos valores da remuneração dos serviços médico-hospitalares. Com base nisso, formulou-se a seguinte proposta de remuneração para os principais serviços médicos hospitalares:

SERVIÇOS	H01 R\$	H02 R\$	H03 R\$	H04 R\$	H05 R\$	H06 R\$
Apartamento	87,50	82,50	72,50	55,00	50,00	45,00
Enfermaria	41,00	37,00	34,50	30,00	27,00	25,00
UTI	153,12	144,37	126,87	96,25	78,75	61,25
Berçário	32,81	30,93	27,18	20,62	16,87	13,12
TAXA DE SALA CIRÚRGICA						
Porte 0	30,62	28,87	25,37	19,25	15,75	12,25
Porte 1	74,37	70,12	61,62	46,75	38,25	29,75
Porte 2	109,37	103,12	90,62	68,75	56,25	43,75
Porte 3	144,37	136,12	119,62	90,75	74,25	57,75
Porte 4	183,75	173,25	152,25	115,50	94,50	73,50
Porte 5	218,75	206,25	181,25	137,50	112,50	87,50
Porte 6	258,12	243,37	213,87	162,25	132,75	103,25
Porte 7	293,12	276,37	242,87	184,25	150,75	117,25
GASOTERAPIA						
Oxigênio quarto p/ h	8,758,25	7,25	5,50	4,50	4,50	3,50
Protóxido de Azoto	35,00	33,00	29,00	22,00	18,00	14,00

Em nível de comparação, os valores atualmente pagos pela UNIMED Santa Catarina ao hospital “C”, são da ordem de:

SERVIÇOS	Hospital “C”
Apartamento	43,50
Enfermaria	18,00
UTI	62,10
Berçário	32,81
TAXA DE SALA CIRÚRGICA	
Porte 0	12,42
Porte 1	28,98
Porte 2	43,47
Porte 3	43,47
Porte 4	43,47
Porte 5	43,47
Porte 6	57,96
Porte 7	57,96
GASOTERAPIA	
Oxigênio quarto p/ h	2,07
Protóxido de Azoto	7,66

6.4. Recomendações para a aplicação da classificação dos hospitais

Para a implementação da classificação dos hospitais é necessário que se siga algumas recomendações para facilitar a realização dos trabalhos.

1ª recomendação: aplicar o pré-teste do questionário de avaliação na amostra pré-estabelecida da população.

2ª recomendação: após a aplicação do questionário na amostra, efetuar eventuais correções e constituir o documento final.

3ª recomendação: buscar um contato prévio com a UNIMED, a fim de desenvolver uma parceria no sistema de classificação. Este contato deverá ter uma abordagem bem estudada, uma vez que a proposta de classificação traz também uma proposta de remuneração para os serviços médico-hospitalares, afetando diretamente aos seus interesses.

4ª recomendação “a”: se concretizada a parceria, buscar a criação de comissões de auditoria, compostas por seis representantes, três das entidades classistas e três da UNIMED. Estas comissões devem ser formadas por quatro profissionais de administração e dois de enfermagem.

4ª recomendação “b”: se a parceria não for concretizada, buscar a união da categoria e implementar o processo de classificação, buscando a concessão da remuneração pleiteada.

5ª recomendação: promover a classificação como um sistema de melhoria na qualidade dos serviços e de remuneração.

6ª recomendação: deixar aberto aos hospitais a escolha pelo processo de classificação, a fim de tornar um movimento voluntário.

7ª recomendação: elaborar um manual contendo todos os esclarecimentos necessários para a aplicação do instrumento de classificação.

Com base nestas recomendações, o processo de classificação dos hospitais tomará volume e será implementado.

7. GLOSSÁRIO

Acomodação coletiva: quando o paciente ocupa leito hospitalar em quarto de dois leitos ou em enfermarias de três ou mais leitos hospitalares.

Acomodação individual: paciente que ocupa leito hospitalar em apartamento ou em quarto (com ou sem acompanhantes)

Administração: Conjunto de elementos destinado a processar as atividades administrativas do estabelecimento de saúde.

Admissão: é a aceitação de paciente que procura o hospital ou a ele é encaminhado, para diagnóstico e/ou tratamento. Para os pacientes que procuram pela primeira vez o hospital, a admissão implica na matrícula e na abertura do respectivo prontuário médico.

Agência transfusional: Elemento destinado a receber e armazenar o sangue processado, pronto para aplicação.

Alta ou alta hospitalar: é a finalização ou interrupção do tratamento de paciente regularmente admitido, que vinha recebendo assistência médica no hospital.

Anatomia patológica: Conjunto de elementos destinado à realização de estudos de tecidos retirados cirurgicamente de pacientes e exames macro e microscópico de cadáveres, para fins de diagnóstico.

Berço: equipamento instalado no berçário e destinado aos recém-natos no hospital.

Centro cirúrgico: Conjunto de elementos destinado às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.

Centro obstétrico: Conjunto de elementos destinado à higienização, trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com os recém-nascidos.

Copa: Elemento destinado à distribuição dos alimentos e ao preparo eventual de pequenas refeições.

Diagnóstico: palavra ou expressão utilizada por um médico para identificar doença de que padece o paciente ou afecção (condição) para o paciente requer, busca ou recebe assistência médica.

Dispensário de medicamentos: Elemento destinado à recepção, guarda, controle e distribuição de medicamentos industrializados para uso dos pacientes.

DML (Depósito para Material de Limpeza): Elemento destinado à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza.

Farmácia: Conjunto de elementos destinado à manipulação de fórmulas magistrais e oficinas e recepção, guarda, controle e distribuição de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos para uso dos pacientes.

Hemoterapia: Conjunto de elementos destinado à coleta, armazenamento, distribuição e aplicação de sangue e seus derivados.

Isolamento: Conjunto de elementos, dotado de barreira contra contaminação, destinado a internar pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis (contagiosas).

Lactário: Conjunto de elementos destinado ao preparo de alimentação para crianças, basicamente fórmulas lácteas, manipuladas em área restrita.

Leito: é o leito ou cama instalado para uso regular dos pacientes internados, durante seu período de hospitalização. Alojamento com serviços auxiliares (alimentação, lavanderia, limpeza e manutenção), para pacientes internados (incluindo as incubadoras utilizadas em tempo integral pelos recém-natos).

Medicina nuclear: Conjunto de elementos onde se realizam as atividades relacionadas com a utilização de substâncias radioativas, para fins de diagnóstico e tratamento.

Necrotério: Elemento destinado à guarda e conservação do cadáver até a sua remoção ou realização da necropsia.

Paciente: indivíduo que procura o hospital ou a ele é encaminhado, e nele é admitido, para fins de diagnóstico e/ou tratamento. É o indivíduo que recebe pessoalmente serviços médicos num hospital ou serviços médicos coordenados que estejam sob a responsabilidade de um hospital.

P.A. – Pronto Atendimento: Conjunto de elementos destinado a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde.

Patologia clínica: Conjunto de elementos destinado à realização de análises clínicas necessárias ao diagnóstico e à orientação terapêutica de pacientes.

Pediatria: Conjunto de elementos destinado à internação de pacientes de até 14 anos.

Posto de enfermagem: Elemento destinado às atividades administrativas do serviço de enfermagem.

Radioterapia: Conjunto de elementos destinado ao emprego dos raios X e radiações ionizantes com fins terapêuticos.

Rouparia: Elemento ou local destinado à guarda de roupa proveniente da lavanderia.

SADT: Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia.

Sala de Utilidade ou Expurgo: Elemento destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos utensílios utilizados na assistência ao paciente.

SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.

SND: Serviço de Nutrição e Dietética.

UTI (Unidade de Terapia Intensiva): Conjunto de elementos destinado à acomodação de pacientes que exigem assistência médica e de enfermagem ininterrupta, além da utilização de equipamento especializado.

8. CONCLUSÃO

O que se pode observar ao longo da redação deste trabalho é a íntima ligação que a qualidade dos serviços médico-hospitalares tem com os recursos disponibilizados para as entidades de saúde. Prova disto é que, apesar de Santa Catarina ter condições facilitadas de vida, a saúde não tem melhor panorama que em qualquer outro lugar.

Muito embora vários países já tenham adotado reformas em seus sistemas de saúde, reestruturando-os de forma a baseá-los pela demanda dos serviços, o Brasil insiste na universalização da saúde através do SUS. Não é viável colocar que as diversas Regiões brasileiras enfrentam as mesmas patologias ou que as diversidades ambientais e climáticas, não influenciem na suscetibilidade a enfermidades.

A universalização da saúde através do SUS, vista em 1988, na elaboração da Constituição Federal, como a solução a médio prazo dos problemas sanitários brasileiros, só tem a unanimidade de não agradar a ninguém. Os fracos resultados até agora obtidos são sempre atribuídos à escassez de recursos financeiros, ocultando os reais problemas vivenciados hoje – baixa eficiência alocativa e redistributiva dos recursos, problemas de ordem administrativa e gerencial, entre outros.

A realidade apresentada a nível nacional é característica também dos Estados que compõem a União. Santa Catarina apresenta uma rede hospitalar altamente deficiente, caracterizada por problemas de ordem administrativa e estrutural. Os recursos financeiros repassados ao Estado e disponibilizados através da Secretaria de Estado da Saúde são escassos, não permitindo investimentos na qualidade dos serviços. É bem verdade que parte destes recursos disponíveis no Estado perde-se nos hospitais devido a administrações despreparadas

Por sua vez, as entidades de saúde suplementar, responsáveis pelas “sobras orçamentárias” dos hospitais, buscam cada vez mais remunerar menos pelos serviços prestados nos nosocômios, o que diminui a possibilidade de investimentos adequados e a melhoria da qualidade.

Hoje, a realidade é a de crise no sistema de saúde, caracterizada pela baixa remuneração, falta de qualidade nos serviços médico-hospitalares e decadência da rede hospitalar.

A resolução dos problemas de saúde no Brasil passa, portanto, pela consciência de que não cabe em nossa formação social e geográfica, um sistema único de saúde. A organização do sistema pelo lado da demanda poderia ser a melhor solução para entregar à população uma saúde adequada às necessidades de cada um. A resolução dos problemas também passa pela preocupação no controle das entidades de saúde suplementar que agem indiscriminadamente, remunerando os serviços como lhes convém, não observando que atrás de todo este processo tem um consumidor final que depende da qualidade destes serviços.

Os hospitais que recebem hoje o título de “principais vilões” da saúde, deveriam pois, receber o título de “principais vítimas” do descaso do sistema adotado pelo país. Os hospitais estão na vanguarda da saúde na comunidade. Convivem diariamente com as dificuldades do pouco aporte de recursos, assim como, da carência de equipamentos e pessoal.

Com isso, observa-se a importância de um projeto como a classificação dos hospitais, uma vez que problemas de ordem governamental são difíceis de se alterar. A classificação vem em resposta aos abusos dos quais os hospitais são acometidos diante da baixa remuneração dos serviços.

Com relação a elaboração do instrumento de classificação, observou-se que sua aplicação na amostra da população seria praticamente impossível em tempo hábil. Para tanto, definiu-se a aplicação do instrumento em quatro entidades de diferentes portes e realidades regionais, onde os resultados obtidos foram satisfatórios apontando para a validade de sua implementação. O método utilizado para a avaliação, observou com justiça as entidades avaliadas e seus serviços médico-hospitalares, caracterizando a justificativa básica deste projeto.

É bem verdade que esta avaliação simulada de quatro hospitais não mascara a importância de sua aplicação na amostra populacional, a fim de verificar a consistência dos critérios adotados.

Inicialmente foram propostos os objetivos a serem alcançados por este trabalho, sendo todos cumpridos na sua plenitude. Primeiramente, a criação de um instrumento capaz de definir e verificar requisitos de funcionamento dos nosocômios, a fim de aloca-los em categorias escalonadas. Este instrumento requer um aperfeiçoamento constante de sua estrutura e teor face as constantes alterações legislativas e influencia das políticas regionais.

A criação deste instrumento de avaliação veio atrelada a elaboração de diferentes pesos para os itens verificados, o que assegura a todos os hospitais o julgamento dos itens que compõem sua estrutura funcional e organizacional. Os critérios de avaliação

devem ser verificados e reanalisados a partir da aplicação do instrumento na amostra da população, uma vez que não se pode levantar a real consistência dos critérios adotados.

Concluindo a análise dos objetivos do trabalho, teve-se a apresentação de uma nova proposta de remuneração de serviços médico hospitalares com base nos níveis da avaliação. Esta proposta sofrerá grande pressão das entidades de saúde suplementar, o que poderá acarretar discussão e adequações.

Por fim, a implementação da classificação hospitalar é urgente e necessária, a fim de trazer um pouco de dignidade nas relações entre fornecedor e comprador dos serviços médico-hospitalares.

9. BIBLIOGRAFIA

- HOSPITALAR. Anais do 2º congresso latino-americano de serviços de saúde. São Paulo, 18 a 21/jun/1996.
- BAUMGRATZ, Delcídes de Oliveira, BRAGANÇA, José Celso, AMORIM, Augusto Alves. Hospital e seus instrumentos administrativos. Belo Horizonte: FIASAH – AHMG, 1972.
- BERMAN, Howard J., WEEKS, Lewis E.. Administração financeira de hospitais. São Paulo: Pioneira, 1979.
- BRASIL, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução 4/83 de 18 de maio de 1983. Dispõe sobre o sistema de remuneração da saúde. Brasília, maio . 1983.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 896, de 29 de junho de 1990. Dispõe sobre a criação do SIH-SUS e do SIA-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, n. 163. junho. 1990.
- _____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 227, de 27 de julho de 1990. Dispõe sobre a regulamentação do SIH-SUS e do SIA-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, julho. 1990.
- _____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 228, de 01 de agosto de 1990. Dispõe sobre a regulamentação do SIH-SUS e do SIA-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, n. 150, sessão 1, 06. ago. 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Regulamenta as atividades das entidades de saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, junho. 1998.
- _____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.884, de 11 de novembro de 1994. Estabelece critérios para a elaboração de projetos físicos para as entidades assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 237, sessão 1, 15. dez. 1994.
- _____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 674, de 31 de dezembro de 1997. Apresenta a revisão da Portaria MS nº 1.884 de 11/1994 para a elaboração de projetos físicos para as entidades assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, sessão 1, 07. jan. 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Avaliação do Hospital. Brasília: 1974.

- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde* : planejamento e dimensionamento. Brasília: 1994.
- BRASIL, Senado Federal. *Constituição da república federativa do Brasil*. 6.ed. São Paulo: Ática, 1990.
- BUSS, Paulo Marchiori, LABRA, María Eliana. *Sistemas de Saúde* : continuidades e mudanças. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CAMPOS, Juarez de Queiroz, FERNANDES, Aloísio, ROZENBOJM, Jayme. *Assistência médico-hospitalar no Brasil : resumo histórico, situação atual e perspectivas*. São Paulo: IPCC, 1986.
- CASTELAR, Rosa Maria, MORDELET, Patrick, GRABOIS, Victor. *Gestão hospitalar* : um desafio para o hospital brasileiro. Paris – França: ENSP, 1995.
- CHAVES, Mário M.. *Saúde e sistemas*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1978.
- DRUKER, Peter F. *As fronteiras da administração* : onde as decisões do amanhã estão sendo determinadas hoje. São Paulo: Pioneira, 1989.
- FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE HOSPITAIS. *Manual de acreditação de hospitais para América-Latin e Caribe*. 1998.
- FERNANDES, Luiz Oswaldo. *Custo hospitalar* : técnicas, problemas, soluções. 1. vol. 1. ed. São Paulo: LN, 1993.
- GIL, A. L. *Como elaborar um projeto de pesquisa*. São Paulo : Atlas, 1988.
- JOHNSON, Alton C., SCHULZ, Rockwell. *Administração de hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1979.
- LAURENTI, Ruy et.al. *Administração de Saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1989.
- MATTAR, Fouse Najib. *Pesquisa de Marketing*. 1. vol. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- _____, Fouse Najib. *Pesquisa de Marketing*. 1. vol. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- _____, Fouse Najib. *Pesquisa de Marketing*. 2. vol. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- MEDICI, André Cezar. *A economia política das reformas em saúde*. Porto Alegre: IACHS, 1997.
- MEZOMO, João C. *Hospital humanizado*. São Paulo: CSCDAS, 1979.
- MOREIRA, Daniel A.. *Administração da produção e operações*. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

- NETO, Antônio Quinto, GASTAL, Fábio Leite. *Acreditação hospitalar* : proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: IACHS, 1997.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NOVAES, Humberto de Moraes. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS : análise conceitual e apreciação de programas selecionados na américa latina*. São Paulo: Pioneira, 1990.
- PAGNONCELLI, Dernizo, FILHO, Paulo Vasconcelos. *Sucesso empresarial planejado*. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.
- PARETA, José Maria Marlet, MEIRA, Affonso Renato, D'ANDRETTA, Carlos Jr. *Saúde da comunidade*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- PERRONE, Oberdam. *Unidades estatísticas e indicadores hospitalares*. 6. ed. Rio de Janeiro: 1977.
- RIVERA, F. Javier Uribe et.al. *Planejamento e programação em saúde* : um enfoque estratégico. 2. vol. São Paulo: Cortez, 1989.
- SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde*. Florianópolis: 1998.
- SLOAN, M. Daniel, CHMEL, Michael. *A revolução da qualidade e o serviço de saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.
- VALENTI, Geni Dorneles, SILVA, Regina Schiavine da. Trabalho criativo e ética : o início da nova história. *Revista de Administração de Empresas*. V.35, n. 1, p. 22-29, Jan./Fev., 1995.
- VASCONCELOS, Eymard M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.
- VERGARA, Sylvia Constant. Tipos de pesquisa em administração. *Cadernos EBAB*. Rio de Janeiro : FGV, n. 52, junho, 1990.

HOME PAGES

20/04/2000 – www.hospvirt.org.br - 17:30 hs

02/05/2000 – www.sos-marketing.com.br - 12:25 hs

10. ANEXOS

Anexo 01 – Hospital denuncia omissão da Agência Nacional de Saúde

Anexo 02 – Processe a máfia de seu plano de saúde

Anexo 03 – Planos de Saúde x Médicos: Insatisfação atinge todos os segmentos

Anexo 04 – Escândalos na Saúde

Anexo 05 – Hospital Rio: Regulamentação dos Planos de Saúde



Rua: Jerônimo Coelho, 389
3º andar – Sala 31 – Centro
CEP: 88010-030
Florianópolis – SC

HOSPITAL DENUNCIA OMISSÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Alberto Romeu Pereira

Da assessoria

A direção do Hospital Santa Rosa, em Cuiabá, Mato Grosso, quer que o ministro da Saúde, José Serra, intervenha numa posição administrativa contra o escritório da Agência Nacional de Saúde Complementar no estado, por achar que o órgão está tendo uma conduta omissa e conivente com o plano de saúde Unimed local. O hospital foi descredenciado pela cooperativa médica por não aceitar redução de preços. A ANS, que tem o papel de administrar o setor de assistência à saúde complementar, emitiu parecer totalmente favorável ao plano de saúde.

Toda questão teve início em maio deste ano quando a Unimed enviou para os hospitais de Mato Grosso uma circular reduzindo em até 25% os preços dos serviços hospitalares. Contrário à medida, o Hospital Santa Rosa – que possui 88 leitos, sendo 12 de UTI e classificado como H1 (de melhor qualidade), formalizou que não aceitaria tal imposição, o que resultou no seu descredenciamento. O HSR, está agora atendendo seus cerca de 5 mil pacientes mês, sob efeito de uma liminar que conseguiu na Justiça. A Unimed detém aproximadamente 70% do mercado em Mato Grosso, com 150 mil usuários.

Em meio ao embate jurídico a direção do hospital solicitou informações junto a Agência Nacional de Saúde quanto a procedimentos que tomaria, quando acabou descobrindo que seu nome não se encontrava registrado na ANS. O registro tem caráter disciplinar e serve para regular os preços do mercado e deveria ter sido feito pela Unimed nestes últimos três anos de existência do hospital. Outros quatro grandes hospitais também não estão registrados.

Tão logo começou a conviver com o problema a direção do hospital notificou a ANS em Brasília, e enviou fax para o ministro José Serra. No último dia 17 o hospital, através do Sindicato dos Hospitais de Mato Grosso – Sindhesmat, reiterou as denúncias, mas também obteve nenhuma resposta até hoje.

“Como é que pode um órgão com o papel fiscalizador inverter os fatos e agir em defesa da empresa que lhe cabe fiscalizar” – indaga o médico José Ricardo de Mello, diretor do hospital e representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – Fenaess em Mato Grosso. Em um despacho para a Unimed, da qual ele é médico cooperado, o chefe da ANS local, Antonio Figueiredo, disse não lhe caber interferência “tendo em vista que o hospital não é registrado” na Agência. E afirma ainda que “a rescisão do hospital não acarretará prejuízo aos usuários da Unimed, pois a ocupação dos leitos hospitalares em Cuiabá é de apenas 15%”.

“É uma absurdo e visivelmente irresponsável a decisão da agência que tem o papel disciplinador do setor de saúde privada no Brasil” – desabafa José Ricardo de Mello. “Está existindo conivência ou descaso” – afirma José Ricardo, suspeitando que o chefe do Órgão em Mato Grosso estaria a serviço do plano de saúde. “Reduzir o número de prestadores é cercear o consumidor ao direito de escolha e contribuir com a prática de dumping que está sendo feito pela cooperativa” – disse referindo-se aos baixos preços dos planos oferecidos pela Unimed ao mercado.

O hospital enfatiza que não existe como reduzir os custos dos procedimentos para a Unimed. Há cinco anos a cooperativa, que tem 900 médicos cooperados, não corrige seus preços. "Muito pelo contrário. Todo ano impõe pacotes de preço com reduções, como aconteceu agora" – ataca José Ricardo. "Enquanto isso temos aumentos de todo tipo, como água, luz, telefone, medicamentos, funcionários, combustível e manutenção", frisa, avaliando que no mesmo período os planos de saúde tiveram reajustes, como agora, ou praticaram jogadas alterando opções ao usuário, com aumento de preços embutidos" denuncia. "Se não houver o pagamento dos preços reais de mercado, com certeza a qualidade vai cair e colocará em risco o atendimento ao paciente" – adverte José Ricardo.

Alberto Romeu Pereira – assessor de imprensa do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde de Mato Grosso – Sindhesmat
Fones (65) 623 0155 / 9998 3430

Contatos

José Ricardo de Melo - (65) 9981 2328 – Cuiabá-MT
Maria Salomão – Assessora de Imprensa do Ministro – (11) 815 5170
Otavio Mercadante – Chefe de Gabinete – (61) – 315 2399



Rua: Jerônimo Coelho, 389
3º andar - Sala 31 - Centro
CEP: 88010-030
Florianópolis - SC

PROCESSE A MÁFIA DE SEU PLANO DE SAÚDE VOCÊ TAMBÉM

Planos, seguros, convênios de saúde -nada mais aviltante, nada mais provável de que você esteja sendo roubado à luz do dia ou na calada da noite. A primeira vez que eu ouvi falar do novo telefone para denúncias contra planos de saúde foi no Jornal Nacional (JN), da Globo, na semana passada. O telefone é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): 0800 61 1997, e funciona 24 horas por dia.

A ANS é órgão subordinado ao Ministério da Saúde, e é responsável pela fiscalização das empresas de planos e seguros de saúde desde a regulamentação dos mesmos pelo governo FHC. Primeira observação: o nº de telefone da ANS para "reclamações, sugestões e denúncias" deveria ser objeto de propaganda ampla e frequente: "0800 61 1997 - denuncie a máfia de seu plano de saúde", deveria constar de outdoors, anúncios de TVs e jornais.

Uma denúncia do JN da semana passada apontava a mais recente prática da máfia dos planos: eles telefonam, ou mandam fax e cartas, para os médicos, advertindo-os de que peçam o mínimo de exames, atendam os pacientes em consultas de 15 minutos e não internem os doentes em hospitais top de linha.

O castigo para os médicos que insistirem em trabalhar como se deve é: diminuição do valor do preço da consulta pago e descredenciamento sumário do plano. Não é um horror? Ora, como é que os médicos não se unem e exigem dessa máfia de empresários condições de trabalho digno e atendimento digno para os usuários? Ou serão os empresários da saúde os próprios médicos? Claro que sim, claro que são também médicos amoitados por trás de acordos escusos com as empresas. Uma CPI dos planos de saúde está parada no Congresso há não se sabe quanto tempo, esperando não se sabe o quê para acontecer.

Mas é claro também que não fossem a coragem e a atitude sempre ética de muitos médicos, a denúncia do JN não teria vindo a público. A tabela de preços apresentada era um insulto: certos planos pagam pouco mais de R\$ 10 ao médico por uma consulta!

Os médicos deveriam fazer greve, acabar de vez com a tal "saúde complementar". O próprio nome da ANS tem algo de fraude: o que é saúde "suplementar"? É a saúde pela qual pagamos, "a mais"? Mas não é determinação constitucional que saúde "total" é um direito do cidadão e um dever do Estado? "Suplementar" significa (isso sim), no caso da ANS, "suprir ou compensar a deficiência de", como diz o dicionário: suprir ou compensar a deficiência, a incompetência, o desinteresse e a roualheira do poder público.

Telefonei ontem para a diretora da ANS, Maria Stella Gregori, e perguntei se o órgão tomaria alguma providência a respeito da denúncia do JN. Ela me disse que a ANS não tem competência para atuar na relação do médico com a empresa, mas que, ainda assim, o Conselho Federal de Medicina já estava em contato com a agência para tratar dessa e de outras denúncias semelhantes. E acrescentou que qualquer denúncia que chegue à agência via consumidor, dando conta do descumprimento da legislação por parte de alguma empresa do ramo, é devidamente investigada. Denuncie, processe, ainda que você perca (afinal, o Estado corrupto brasileiro é sempre a favor da empresa e contra o cidadão): pelo menos a máfia será obrigada a gastar dinheiro com advogado.

Matéria publicada na Folha de São Paulo - Caderno Cotidiano - 30 de maio de 2000.



Rua: Jerônimo Coelho, 389
3º andar - Sala 31 - Centro
CEP: 88010-030
Florianópolis - SC

PLANOS DE SAÚDE X MÉDICOS INSATISFAÇÃO ATINGE TODOS SEGMENTOS

Não apenas os usuários reclamam dos planos de saúde. Os médicos estão insatisfeitos com o atraso no pagamento e o valor dos serviços prestados aos convênios. O Sindicato dos Médicos na Bahia (Sindimed) confirma que para reduzir custos os planos vêm restringindo a rede credenciada e pressionando médicos, clínicas, hospitais e laboratórios a baixar os preços dos serviços. Segundo a vice-presidente do Sindimed, Joane Vasconcelos, o mercado de medicina suplementar, formado por seguradoras, cooperativas, planos de autogestão e empresas de medicina de grupo, está agindo dessa forma porque não vai atingir este ano a estimativa de 50 milhões de pessoas no país, pelo contrário, já se verificou uma retração de 43 para 42 milhões de usuários.

"Isso vem engrossando a fila do SUS, que dispõe de poucos recursos e remunera mal os profissionais de saúde, comprometendo a qualidade do atendimento ao paciente que não consegue arcar com as elevadas mensalidades dos convênios e recorre à rede pública", analisa a médica. O presidente da Associação dos Hospitais da Bahia, José Augusto Andrade, tem a mesma opinião, acrescentando que é grave a situação na Bahia: "As redes privada e pública no estado possuem 0,7 leitos para cada 1000 habitantes. É um número baixíssimo, apesar de o serviço médico ter se modernizado, atendendo mais patologias e diminuindo o tempo de internação." A Organização Mundial de Saúde preconiza a proporção de 3,8 leitos.

O setor médico deixa também de prestar serviços com mais tecnologia, uma vez que os planos não querem cobrir esses investimentos dos profissionais. A Fundação Instituto de Pesquisa de São Paulo (FIP) registrou impacto inflacionário de 104% nos custos da categoria, desde o início do Plano Real em 1994, enquanto que no mesmo período o mercado reajustou o repasse para os médicos no máximo em 20%, bem diferente das mensalidades dos usuários, reajustadas todo ano.

"A falta de honorários compatíveis vem aviltando o serviço médico. Em geral, as seguradoras baseiam seus contratos com os médicos nas tabelas referenciais fornecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB) em 1990 e 1992, já defasadas", reclama José Andrade. Há oito anos, continua, não existe parâmetro para a categoria, pois o CADE proibiu a AMB de publicar tabelas, alegando que seria um caso típico de cartel. "A política é prevalecer a lei de mercado, com a qual concordo, mas os médicos estão perdendo essa queda-de-braço com os planos de saúde", comenta. Para ele, cabia uma intervenção do Governo para equilibrar a relação entre médicos, planos e usuários.

Carlos Alessandro
Repórter



Rua: Jerônimo Coelho, 389
3º andar – Sala 31 – Centro
CEP. 88010-030
Florianópolis – SC

ESCÂNDALOS NA SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro agoniza. E a agressão sofrida recentemente pelo ministro da Saúde, José Serra, atingido por um ovo, é apenas um sintoma de que a população está chegando ao limite de suas forças. Inteligente, respeitado por suas opiniões e coerência, o economista José Serra deve ter percebido que o incidente apenas resvala sobre sua face, mas na verdade atinge em cheio a decisão política de entregar o brasileiro à sua sorte, seja no que diz respeito à segurança, seja no que concerne à saúde pública, por exemplo. Agora mesmo registra-se novo escândalo envolvendo os planos de saúde. Não satisfeitos com o fato de que nos últimos três anos aumentaram os preços em 93,4%, estão coagindo os médicos credenciados a assumir os custos do aumento da contribuição previdenciária na contratação de autônomos, que deve ser pago pelas operadoras. Segundo denúncia do Cremesp (Conselho Regional de Medicina de São Paulo), para se livrarem do pagamento, os planos de saúde estão exigindo que os médicos abram firmas e passem a prestar serviço como pessoa jurídica, transferindo a eles o ônus do pagamento previdenciário. Quem não aceita o pedido tem seus honorários reduzidos ou é descredenciado.

De acordo com o Conselho, a redução de honorários e a limitação do número de consultas e pedidos de exames tornaram-se prática comum entre as empresas. Cada médico credenciado pode pedir apenas determinada média de exames por mês. Se pedir a mais, a operadora não paga. Os planos dizem que o retorno a cada dois meses é satisfatório. Não querem nem saber se um paciente hipertenso, por exemplo, precisa de um acompanhamento mais regular.

Imagina-se que acabou? Vã ilusão. As operadoras estão pressionando a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a conceder reajuste de 10%, alegando aumento de custos. O Dieese já mostrou que o argumento é píffio. O que se esconde sob a reivindicação, na verdade, é a insaciável ganância do setor, insensível ao drama que se abate sobre a população, impedida de recorrer aos hospitais públicos, hoje um retrato vivo do caos. De janeiro de 1996 a abril de 1999, os aumentos nos preços dos planos e seguros-saúde chegaram a 93,4%. No mesmo período, os exames laboratoriais apresentaram queda de 3,63% no preço, e os honorários médicos pagos pelos planos de saúde sofreram redução de 18%.

A Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) diz que a inflação, de cerca de 6% segundo a FGV (Fundação Getúlio Vargas), e o aumento de impostos elevaram em até 10,5% os custos dos planos de saúde no último ano. O cálculo é simplório, porque considera que todos os setores da economia são linearmente atingidos pela evolução dos preços.

Em meio ao tiroteio, ficam os associados, que se submetem a cláusulas abusivas, inseridas nos contratos, a mudanças de faixa discriminatórias, a reajustes incompatíveis com a renda e à falta de alternativa, porque a saúde pública é uma visão da ante-sala do inferno. Ainda nessa última quinta-feira, A TARDE mostrou uma foto estarrecedora. Nela, via-se um idoso agonizante, sem qualquer assistência, em uma sala do Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana. Ao lado, o cadáver de uma mulher.

Nos hospitais públicos faltam remédios, equipamentos e profissionais. Sobram o desprezo pela condição humana, a insensibilidade ao sofrimento de pacientes e familiares. Para quem é obrigado a

se submeter à voracidade dos planos de saúde, resta a incerteza. É esse estado de coisas que está escorrendo pela face do ministro da Saúde.

Planos-I

Anuncia-se que os planos de saúde vão aumentar suas mensalidades em 10%. Ora, outros reajustes já ocorreram ao longo dos seis anos do Plano Real, período em que, por outro lado, o assalariado, na maioria dos casos, não teve aumento ou recebeu "merrecas" em torno de 4% ou 6%. Não vai combinar.

Planos-II

Bem, pelo menos a notícia traz um fio de esperança para médicos e clínicas conveniadas. É que, ganhando mais 10%, talvez os planos de saúde possam corrigir uma injustiça: desde 1994 não reajustam o pagamento de consultas e exames.

AHESB - Associação dos Hospitais da Bahia, 02 de junho de 2000.

Regulamentação dos Planos de Saúde

Hospitais e operadoras buscam a adequação às novas regras

Ilustração: Marcelo Padilha



LEIA NESTA EDIÇÃO **HOSPITAL CARIOCA**

Hospital-Clínica Grajaú

Página 3

NEGOCIAÇÃO

Diretoria da AHCRJ fala sobre a relação Hospitais X Convênios.

Página 4

ENTREVISTA

Dr. Gilson Cantarino, Secretário Estadual de Saúde.

Página 11



Hospitais X Convênios

O Difícil Relacionamento em Tempos de Crise

Neste início de ano, uma vez mais, faz-se necessário tratar de uma grave questão que foi motivo de muita discussão ao longo de 1998; tema de mesa-redonda no último Hospital Business e, inclusive, de outros editoriais anteriormente publicados. Trata-se do turbado relacionamento entre clínicas e hospitais privados e as empresas tomadoras de serviço. Sempre polêmico e desafiador, o assunto promete continuar no foco das atenções do setor da saúde no decorrer de 99.

Com o mercado financeiro em turbulência, sentindo os efeitos causados pela desvalorização do real, todos os setores estão sendo afetados indiscriminadamente. A nós, provedores de saúde, bem como a toda a sociedade, resta aguardar, com expectativa, se as negociações entre ambas as partes - entidades representativas de classe e convênios - irão manter-se fortalecidas em virtude dos desdobra-

mentos da política econômica. Estamos confiantes de que prevalecerá o bom senso, a fim de superar a atual fase crítica; e que o Brasil consiga recuperar o caminho do desenvolvimento, e, nesse contexto, seja acompanhado pelo segmento hospitalar. Cabe a nós, empresários e profissionais de saúde, manter o equilíbrio e o otimismo, pois a saída mais sensata é prosseguir nas conversações, seja revendo contratos e acordos com fornecedores, seja estabelecendo metas que se adaptem às novas realidades e necessidades do setor.

As diferenças entre os valores apresentados e os valores recebidos, através das temíveis glosas, têm sido muito grandes. O que estamos evidenciando é um verdadeiro abismo entre ambos, e isso tem acontecido cada vez mais frequentemente, criando sérias dificuldades financeiras e de relacionamento entre as partes, o que pode, inclusive, levar ao colapso dos hospitais.

Independentemente das negociações em andamento, o que vimos

constatando é que existem empresas que não estão cumprindo o que foi acordado anteriormente. Não é isso que nós desejamos e nem é disso que o sistema precisa. É necessário que os acordos sejam cumpridos na íntegra. É fundamental que possamos confiar em nossos parceiros.

Acreditamos que esse comportamento por parte das empresas tomadoras irá provocar uma seleção natural no segmento, o que, por outro lado, será extremamente salutar. Neste fim de milênio, só tendingo sobreviver aquelas empresas realmente sérias e idôneas, capazes de cumprir com suas obrigações e interessadas num relacionamento de troca, de cooperação e, sobretudo, ético, já que um necessita do outro para sobreviver, principalmente em tempos de crise. Esses parâmetros são indispensáveis para a sobrevivência das clínicas e dos hospitais privados, que são os provedores finais de assistência aos pacientes, razão da nossa existência.

Dr. José Carlos de Souza Abrahão

Presidente da AHCRJ

NOVOS ASSOCIADOS

Hospital Barra D'or
27/10/98 - Barra da Tijuca

Casa de Saúde Santa Juliana
17/11/98 - Méier

Onco Vitae Serviços Médicos S/C Ltda
03/12/98 - Botafogo

Atendimento à Criança e ao Adolescente
22/12/98 - Méier

Advanced Administração Hospitalar e Serviços Médicos
03/12/98 - Botafogo

EXPEDIENTE

AHCRJ Associação de Hospitais da Cidade do Rio de Janeiro - **Endereço:** Praça Floriano, 51/15º andar - Cinelândia/RJ
Tel: (021) 532-0540 **Home Page:** <http://www.ahcrj.com.br> **E-mail:** ahcrj@ahcrj.com.br

Diretoria: Presidente - *Dr. José Carlos de Souza Abrahão*, 1º Vice-Presidente - *Dr. Gilson Dantas*, 2º Vice-Presidente - *Dr. Benedicto Octaviano Balbino*, Vice-Presidente Executivo - *Armando Carvalho Amaral*, Diretor Tesoureiro - *Dr. Guilherme Xavier Jaccoud*, Diretor Secretário - *Dr. João José Cardoso*, Diretor Vogal/Suplentes - *Dra. Ana Sheila D. Nunes Silva*, *Dr. Antônio A. M. da Cunha*, *Dr. Celso Antunes Rodrigues*, *Dr. José Maurício Magacho Santos*, *Dr. Luciano Cirauo Aristocolo*, *Dr. José Tarcísio de Oliveira*, *Dr. Rui Nunes Machado*. **Produção Editorial**

Gráfica: News Eventos e Promoções - (021) 567-5008 **E-mail:** news@openlink.com.br; **Editor:** João Maurício Rodrigues - Reg 18.552; **Coordenador de Produção:** Marcelo Vitorino; **Reportagem e revisão:** Natália Pena Reg. 19017; **Fotografia:** Leonardo Rodrigues; **Edição Eletrônica:** Prodigy; **Tiragem:** 2.500 Exemplares; **Distribuição Gratuita.**

Hospital-Clín'ca Grajaú

Diversas especialidades para atender a um público cada vez maior

Em 1966, era Casa da Anciã. Depois, passou a ser Casa de Saúde Grajaú. Há um ano, é Hospital-Clínica Grajaú, situado no número 2.484 da Rua Barão do Bom Retiro, no Grajaú, bairro da Zona Norte do Rio.

A troca de nomes foi acontecendo em virtude da ampliação do número de atendimentos. Atualmente, o hospital vem buscando captar público conveniado a grupos de saúde e seguradoras. Com esse in-

tuito, mudanças vem ocorrendo em seu espaço físico e em sua equipe técnica.

Áreas como recepção, ambulatório, internação, pronto-socorro, laboratório, farmácia, almoxarifado, faturamento, departamento pessoal, departamento contábil, direção técnica e CTI já estão informatizadas. Em breve, todo o hospital seguirá a linha da informática, com a implantação de uma rede. "Nosso objetivo é ampliar a velocidade da informação, agilizar os processos, diminuir erros e melhorar a comunicação entre setores", explica a diretora Celma Marta de Souza Paladine.

O setor mais freqüentado é o de oftalmologia, por ter sido um dos primeiros serviços oferecidos pela instituição.

Hoje as especialidades que também compõem o Hospital-Clínica Grajaú são: clínica médica, pneumologia, reumatologia, dermatologia, ginecologia, infectologia, cardiologia, gastroenterologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, pediatria, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, videolaparoscopia, hematologia, ortopedia, anestesia, neurofisiologia, neurologia, clínica da dor, neurocirurgia, urologia, intensivistas, fisioterapia, oncologia, proctologia, cirurgia torácica.

Pacientes do SUS são recebidos

somente para tratamento de Hemodiálise Ambulatorial Crônica, serviço reestruturado no ano passado, sendo reequipado com máquinas modernas da marca Baxter. Na filial do bairro Engenho de Dentro, houve uma readaptação da planta física para um novo sistema de atendimento ao público do município com equipe multidisciplinar.

- Somos uma direção familiar e queremos lutar unidos para a conquista do mercado, implantando uma estrutura moderna, técnica e eficiente, não descuidando nunca da parte social e humana, complementa Celma.

Nos últimos meses, além das máquinas de hemodiálise, foram adquiridos equipamentos automatizados para fisioterapia, bioquímica, hormônios e imunologia.

Como investimentos futuros, a diretora cita a inauguração do setor de emergência com consultório médico, sala de curativos, de repouso e de nebulização.



Total de Leitos
46
Centro Cirúrgico
04 salas
Especialidades
29

ANUNCIE NO HOSPITALRIO

O Veículo de comunicação da área da saúde.

Escolha o melhor formato para seu anúncio

[021] **532-0540/567 5008**

Negociação

Hospitais e planos de saúde buscam um melhor relacionamento

Atualmente, no Brasil, a maioria da população seleciona hospitais e médicos a partir das listas de seus planos de saúde particulares ou empresariais. Mas o que a maioria não sabe é que, após sua internação efetuada e sua doença tratada ou combatida num estabelecimento hospitalar, uma guerra começa na contabilidade: hospitais X convênios.

O relacionamento entre hospitais e empresas de medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas e planos de autogestão sempre foi conturbado. Agora, com a regulamentação dos planos de saúde, a situação ainda é bastante complexa, e negociar ainda é o melhor meio.

De acordo com a diretoria da AHCRJ, com a criação dos planos básico, referência e larga cobertura, os hospitais terão que se adequar à essa nova realidade segmentada, desenvolvendo novos produtos.

A abertura ao capital estrangeiro nesse setor também é medida de grande importância para uma adequação rápida dos hospitais e planos de saúde nacionais. A concorrência será grande e *know-how* não falta para as possíveis concorrentes como as norte-americanas Health Manager Organization (HMO) e a Baylor.

Ao que parece, o sistema de saúde só não vai mudar em sua primeira análise,

ou seja, ele continuará sendo determinado pelo mercado de planos de saúde. Se estes têm que mudar para atender a seus clientes de acordo com a nova lei; os hospitais também, se não quiserem perdê-los. Talvez, o usuário seja o maior beneficiado nessa relação tão desgastante; a não ser que os planos, realmente, repa-

planos de saúde. "Precisamos combater as glosas para continuarmos prestando serviços de qualidade", afirma o vice-presidente da AHCRJ, Dr. Gilson Dantas.

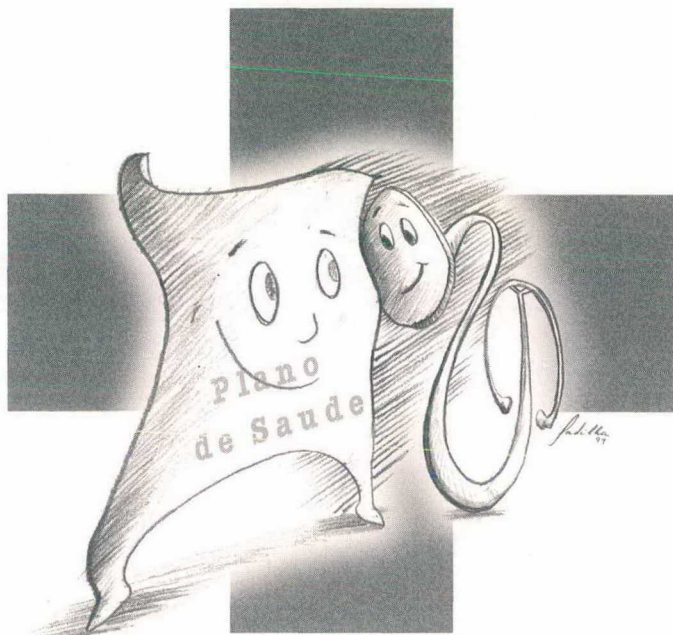
A diretoria da AHCRJ enfatiza ainda que a busca pela excelência no atendimento ao paciente a custos acessíveis é a regra número 1 de sobrevivência dos

hospitais e, para isso, novos modelos de assistência estão sendo avaliados e aplicados em diversas instituições brasileiras.

- Porém o que não dá para enfrentar são as glosas devidas, como se fossem verdadeiras punições fiscais para prestadores de serviços, normalmente, eficientes em suas atividades; complementa Dr. Gilson Dantas.

Raramente, os diretores dos hospitais buscam a solução dos impasses e dos abusos em uma ta hospitalar através de meios jurídicos, por acreditarem que as partes devem pensar sempre no bem-estar do paciente. Mas, sim, o que acaba acontecendo é o usuário sendo atendido pelo plano recebendo sua parte hospital trabalhando no "melho".

A diretoria da AHCRJ alerta que quanto os donos de hospitais não se preocuparem; não buscarem uma unidade da categoria, eles vão sobreviver sem perspectivas e à mercê da política imposta pelos planos.



sem para eles seus gastos de forma aleatória, sem qualquer embasamento contábil.

Mas sem dúvida alguma, o maior desafio dos hospitais, nesse momento, é manter o seu desenvolvimento, apesar das glosas impostas pelas empresas de

O primeiro plano a ter as vantagens da nova lei.

Luiz Carlos Lima Nogueira*

Uma epidemia de qualidade

Depois das indústrias, é a vez de o sistema de saúde promover a melhoria de seus serviços

O conceito de qualidade está ligado de forma inseparável à assistência à saúde. Prova disso é que a falta de qualidade - filas, demoras no atendimento, custo elevado, infecções e outras complicações desnecessárias - nos choca e é constantemente denunciada como inaceitável. A grande missão do profissional da área médica é contribuir para melhoria do bem-estar das pessoas no que diz respeito a seu estado de saúde, com prevenção de doenças, o abrandamento de seus sintomas e a redução do sofrimento.

Em última análise, o que um médico pretende, ao se deparar com um doente, é melhorar a qualidade do estado em que se encontra. Como? Obviamente, a medicina já ultrapassou as fases mágicas de empirismo há muito tempo.

A técnica de assistência à saúde se baseia no método científico: observação de um fenômeno, formulação de hipóteses que possam explicá-lo, teste dessas hipóteses e procedimentos em função dos resultados. Todos nós conhecemos tremendos progressos conquistados pela ciência na melhoria da atenção dada à saúde graças ao uso criterioso e exaustivo do método científico - a ele devemos a descoberta e a compreensão das doenças e suas manifestações e o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas.

Entretanto, na medida em que a assistência à saúde torna-se cada vez mais cara, mais complexa e mais descentralizada (quantas pessoas participam do atendimento a alguém que se interna em hospital para uma simples cirurgia apendicite?), surge um novo problema: como gerenciar a assistência à saúde? Como utilizar criteriosamente os recursos disponíveis para atingir os fins desejáveis? Não basta assegurar qualidade técnica com profissionais bem treinados e equipamentos de última geração. É preciso viabilizar o sistema: gerenciar recursos humanos, disponibilidade de equipamentos e todas as variá-

veis que poderão garantir um desempenho excelente desse sistema cada vez mais complexo.

Nosso país investe pouco em saúde, mesmo quando comparado a outros países do Terceiro Mundo. E a experiência tem nos mostrado que, num grande número de situações, além de gastar pouco, gastamos mal: de 30 a 40% se perde em processos mal gerenciados e excessivamente complexos; desperdícios de tempo, material, recursos e equipamentos; duplicidade de esforços; iniciativas isoladas; e ausência de um planejamento coerente. Estamos, portanto, diante de um problema muito mais gerencial do que técnico.

A Gestão pela Qualidade Total (GQT) é um sistema gerencial utilizado inicialmente com sucesso na indústria que posteriormente contagiou o setor de serviços. Esse "contágio positivo" vem se verificando mais recentemente também no setor de serviços de saúde. Trata-se de uma proposta consistente de gerenciamento, baseada no mesmo método científico que nos é tão familiar no tratamento de doentes - identificação de problemas, estabelecimento de planos de ação para neutralizá-los, ação propriamente dita, verificação de resultados e atuação corretiva em função deles.

Obviamente este artigo não pretende esgotar o assunto, mas gostaria de enfatizar pelo menos quatro pontos fundamentais à Gestão pela Qualidade Total que tornam um método gerencial plenamente identificado com o caráter do trabalho de assistência à saúde:

Não bastam profissionais bem treinados e equipamentos modernos. É preciso mudar o enfoque e a maneira de trabalhar na instituição.

1) O trabalho humano, da mesma forma que a fisiologia e a fisiopatologia, é baseado em processos, causas que levam a um determinado efeito. Se quisermos mudar os efeitos, é preciso atuar sobre as causas. Solucionar problemas e melhorar resultados é, portanto, gerenciar

processos, utilizando um método consistente.

2) Da mesma forma que a atenção à saúde só tem razão de ser por causa do doente que dela necessita, qualquer trabalho humano, independentemente do ramo de atividade, só vai ter sentido se estiver atendendo, da melhor forma possível, à necessidade de algum cliente (paciente, funcionário, médico, fonte pagadora dos serviços, familiares e acompanhantes). O foco do trabalho e a fonte que vai gerar metas de melhoria para os processos é o cliente, que precisa dos resultados.

3) Não se pode jamais desprezar a importância do conhecimento e da motivação das pessoas que exercem o trabalho quando se pretende a melhoria. Para tanto, é preciso estar sempre atento às necessidades desses agentes dos processos.

4) Como as grandes conquistas da Medicina, a melhoria da qualidade nem sempre se dá a partir de grandes resultados isolados - fruto do somatório de inúmeras pequenas conquistas. A literatura está repleta de casos de instituições de saúde que, ao decidir por esse sistema de gerenciamento que parece óbvio, mas que, por outro lado, não costuma ser utilizado sistematicamente, melhoraram tremendamente seus resultados.

Implantar a GQT é decidir mudar o enfoque e a maneira de trabalhar na organização. Requer tempo, treinamento e conscientização das pessoas, comprometimento definitivo e liderança da alta administração, e empenho das gerências.

Creemos que ao contagiar cada vez mais instituições, a GQT poderá provocar uma verdadeira "epidemia de qualidade" na saúde, semelhante à que o mundo tem testemunhado na indústria e em outros setores.

* Luiz Carlos Lima Nogueira é consultor da Fundação Christiano Ottoni.

Em tempo de regulamentação

Alguns artigos ainda precisam ser revistos, mas o Governo quer exigir responsabilidades

Há muito, a prestação de assistência médica deixou de ser um exercício puro e simples da hospitalidade e da caridade. Hoje, hospitais públicos e privados fazem parte de um contexto de mercado. Administradores e diretores buscam com rapidez sua vocação no mercado competitivo. Pacientes tornam-se mais exigentes a fim de saírem da condição de objeto maior da disputa entre hospitais e planos de saúde.

Com a Lei 9.656, de 03/06/98, e as posteriores Medidas Provisórias do Governo, alterando partes do texto, essa relação definitivamente se torna comercial. Segundo o diretor do Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, Dr. João Luís Barroca, a regulamentação dos planos e seguradoras aconteceu como fruto do anseio da sociedade. "As reclamações sobre mensalidades e coberturas de planos e seguradoras eram as campeãs no PROCON. A mobilização da sociedade foi determinante para a criação da lei", complementa.

E os hospitais? Como estão? Sem dúvida, buscando encontrar uma política financeira que não os tornem mais a válvula de escape quando o plano ou a seguradora se ausentam na hora do pagamento das despesas pelos serviços prestados ao paciente.

Atualmente, só permanece trabalhando com qualidade, o hospital que tem uma política de custos bem estruturada para oferecer conforto e segurança a seus pacientes, enfatiza o presidente da AHCRJ, Dr. José Carlos Abrahão.

A parceria é outra palavra muito utilizada nesses tempos de regulamentação. Segundo o consultor do Ministério da Saúde, Dr. Mauro Bahiense, em palestra, no Hospital Business 98, a lei ainda precisa ser revista em alguns pontos, mas não se pode negar que um passo muito grande já foi dado. "Antes, os planos funcionavam como queriam. Agora, o governo



começa a entender o mecanismo de assistência médico-hospitalar particular brasileira; quer ver a situação mais de perto e responsabilizar quem fugir da regra. A intenção é apresentar para os hospitais e planos que a saúde do cidadão brasileiro também depende dessa boa relação. A responsabilidade do setor é de todos os que se propõem a prestar assistência, seja ele público ou privado. O paciente está acima de qualquer número, tabela ou cobrança.", complementa.

Sabendo que ainda são necessários alguns ajustes, o diretor do Departamento de Saúde Suplementar, Dr. João Luís Barroca, afirma que a regulamentação trouxe benefícios para todos os envolvidos na relação. Para o consumidor, os pontos mais positivos são a ampliação das coberturas e a facilidade de se comparar, com a instauração dos padrões, os produtos de cada plano. Para o administrador hospitalar, extinguiu-se a multiplicidade de contratos, que, normalmente, deixava a instituição desguarnecida. E para as operadoras, dá-se a certeza de que o

mercado está em processo de saneamento. "Só fica quem for sério, e não, quem é grande", enfatiza.

A intenção do Governo é tornar as relações entre hospitais e planos/seguradoras transparente e profissional. Para isso, os hospitais terão que estimular, e talvez mais, a profissionalização de todos os seus setores.

Polêmicas

Diversos artigos da Lei têm sido revisados e analisados pela Câmara de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde. Barroca destaca alguns pontos que já geraram polêmicas. Porém afirma que, nem por isso, eles deverão ser alterados. "É preciso que todos os setores apresentem suas dúvidas e sugestões para que a implantação da lei aconteça de forma mais plena e o mais breve possível", complementa.

Como exemplo das discussões que rodearam o setor da saúde brasileiro, citamos: a possibilidade de cobrança de

"Só fica quem for sério"

valor maior na mensalidade do portador de doença preexistente; a continuidade de atendimento para o plano ambulatorial; o plano para o aposentado e o demitido; e o valor máximo para o atendimento aos pacientes da terceira idade.

Confira os artigos em pauta:

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do contrato instrumental, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a rescisão de planos ou seguros privados de assistência à saúde nas segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 11, segundo as seguintes exigências mínimas:

a) quando incluir atendimento ambulatorial: cobertura de consultas médicas, em número limitado, em clínicas básicas e especializadas, conhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, exames e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para o plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal.

Art. 31. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um ano, no caso de plano ou seguro coletivo, e de dois anos, no caso de plano ou seguro privado, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º. A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º. O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º. A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

Art.31. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 1º. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assumam o pagamento integral do mesmo.

§ 3º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 4º e 5º do artigo anterior.

Fiscalização e Punição

Os planos e as seguradoras serão fiscalizados pelo Ministério da Saúde e pela Superintendência de Seguros Privados (Susep). E a forma de punição para os infratores serão: advertência, multa, suspensão temporária do diretor, intervenção técnica (realizada pelo MS) e liquidação extrajudicial.

- Esse é um dos mercados mais competitivos do cenário brasileiro atual. A tendência são os hospitais brasileiros caminharem para uma profissionalização definitiva e a permanência dos planos competentes. A luta será feroz. O beneficiado, sem dúvida, será o usuário, que contará com empresas sérias e prestadores de serviços assistenciais eficazes, finaliza Dr. Barroca.

EM VIGOR

TIPOS DE PLANOS

- Ambulatorial
- Hospitalar com obstetria
- Hospitalar sem obstetria
- Odontológico
- Combinações entre eles
- Referência - com cobertura total

EXCLUSÃO

- Nenhum consumidor poderá ser excluído por ser portador de doença ou lesão, preexistente ou não. Cobertura para AIDS, doença mental e transplante.

PORTADORES DE DOENÇA

- A eles serão dadas duas alternativas: pagarão mais caro e receberão cobertura total desde a assinatura do contrato, observados os prazos de carência, ou cobertura parcial durante 24 meses, a partir também da assinatura; após esse prazo, cobertura total.

CARÊNCIA

- As carências são de 24h para urgências (acidentes pessoais), 10 meses para parto e seis meses para demais casos.

CONTRATOS

- Prazo até dezembro deste ano para se adequar à regulamentação.

FAIXA ETÁRIA

- O governo determinou sete: 0 a 17; 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; e mais de 70. O valor desta última não poderá ultrapassar seis vezes o da mais jovem.

não, quem for grande"

CURSOS DA AHCRJ

MARÇO

Operação de Equipamentos Médicos

Data: 03

Horário: 09 às 17h - quarta-feira

Investimento: Associado R\$ 80,00

Não-associado R\$ 110,00

Instrutores: ECCO Engenharia Clínica

Intensivo de Faturamento Hospitalar para iniciantes de faturista

Data: 08 a 19

Horário: 17 às 20h - segunda, quarta e sexta-feira

Investimento: Associado R\$ 130,00

Não-associado R\$ 160,00

Instrutores: Fat Faturamento, Assessoria e Treinamento Hospitalar

Imagem da Empresa X Atendimento

Data: 13

Horário: 09 às 18h - sábado

Investimento: Associado R\$ 70,00

Não-associado R\$ 90,00

Instrutora: Psicóloga Sílvia Girão

O Poder da Motivação das Pessoas

Data: 17

Horário: 09 às 12h - quarta-feira

Investimento: associado R\$ 20,00

Não-associado R\$ 25,00

Faturamento Hospitalar para profissionais de enfermagem

Data: 24

Horário: 09 às 17h - quarta-feira

Investimento: Associado R\$ 90,00

Não-associado R\$ 120,00

Instrutores: Fat Faturamento, Assessoria e Treinamento Hospitalar

Formação de Gerentes de Primeira Linha - Módulo I

Data: 23 a 25

Horário: 18 às 21h - terça, quarta e quinta-feira

Investimento: associado R\$ 95,00

Não-associado R\$ 125,00

Instrutores: Megaservice

Dinâmica de Grupo para Recrutamento, Seleção e Treinamento

Data: 26 e 27

Horário: 09 às 17h - sexta-feira e sábado

Investimento: Associado R\$ 80,00

Não-associado R\$ 110,00

Instrutora: Psicóloga Sílvia Girão

ABRIL

Administração de Materiais

Data: 05 a 16

Horário: 18h30 às 20h30 - segunda, quarta e sexta-feira

Investimento: associado R\$ 80,00

Não-associado R\$ 110,00

Instrutores: Marc Apoio

Administração Hospitalar

Data: 06 a 27

Horário: 18 às 21h - terça e quinta-feira

Investimento: associado R\$ 130,00

Não-associado R\$ 160,00

Instrutor: Mario Novais

Recepção Hospitalar

Data: 10 a 24

Horário: 09 às 12h - sábado

Investimento: associado R\$ 80,00

Não-associado R\$ 110,00

Instrutores: FAT Faturamento, Assessoria e Treinamento

Supervisão do Faturamento Ambulatorial

Data: 13 a 20

Horário: 16 às 19h - terça e quinta-feira

Investimento: associado R\$ 90,00

Não-associado R\$ 110,00

Instrutores: FAT Faturamento, Assessoria e Treinamento

Desenvolvimento de Habilidades Gerenciais

Data: 23

Horário: 09 às 18h - sexta-feira

Investimento: associado R\$ 90,00

Não-associado R\$ 120,00

Instrutora: Psicóloga Sílvia Girão

Um Mergulho no Português

Data: 27/04 a 06/05

Horário: 18 às 21h - terça e quinta-feira

Investimento: associado R\$ 90,00

Não-associado R\$ 120,00

Instrutores: Megaservice

EVENTOS DA ÁREA MÉDICA

FEVEREIRO

Cursos de Especialização Médica e Farmacêutica em Homeopatia

Data: 01

Local: São Paulo (SP)

Informações: (011) 549-0029

MARÇO

Qualidade Hospitalar 99

Data: 1 a 3

Local: São Paulo (SP)

Informações: (011) 232-3141

4º Simpósio Internacional de Cardiologia da SOCESP/SBC

Data: 06

Local: News Orleans (EUA)

Informações: (011) 289-7610

PEP - LAC' 99 - Congresso Internacional sobre Prontuário Eletrônico do Paciente

Data: 27 a 31

Local: Rio de Janeiro (RJ)

Informações: (021) 286-2846 ou

e-mail: pep99@jz.com.br

ABRIL

Congresso de Ginecologia e Obstetrícia

Data: 14 a 17

Local: Campinas (SP)

Informações: (019) 231-3333

Congresso Brasileiro de Atendimento Integrado ao Traumatizado e V Simpósio Internacional de Neurotraumatologia

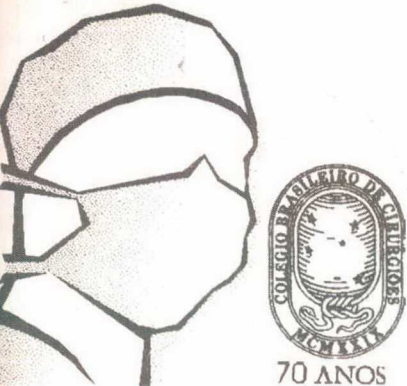
Data: 16 a 18

Local: São Paulo (SP)

Informações: (011) 212-5436

A Cirurgia nos Anos 2000

Colégio Brasileiro de Cirurgias realizará de 4 a 8 de julho o XXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia, no Centro. O tema central será: A Cirurgia dos Anos 2000. Profissionais nacionais e estrangeiros participarão do evento. Entre eles, estarão presentes os cirurgiões: Kenneth Attox, dos Estados Unidos, que revolucionou o atendimento ao politraumatizado, criando uma rotina específica ao paciente, e o espanhol Lorenzo González, um dos mais importantes cirurgiões da Europa, especialista em transplante de fígado, o cirurgião plástico Stephen Mathews, o papa da Cirurgia Construtora. Durante o congresso, também acontecerá uma feira de produtos e serviços que contará com mais de 60 expositores.



Pós-Graduação na Santa Casa

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro abre inscrições para o curso de pós-graduação em Clínica Médica. As vagas são limitadas. Para maiores informações: 220-8713.

O Brasil em Síntese

IBGE lançará em fevereiro a Síntese de Indicadores Sociais, repleta de informações atualizadas sobre o Brasil em setores como saúde, educação, serviços essenciais e população.

Qualidade "Acreditada"

O Consórcio Brasileiro de Acreditação - formado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgias, pela Academia Nacional de Medicina, pelo Instituto de Medicina Social da UERJ e pela Cesgranrio - já está à disposição de administradores hospitalares públicos e privados para a orientação e avaliação dos serviços. As instituições serão avaliadas a partir de padrões instituídos pela entidade, para a satisfação do paciente. Vale ressaltar que o manual de Acreditação do CBA tem aproximadamente 160 padrões de qualidade alcançáveis, com base nos mais de 600 estabelecidos pela maior empresa do ramo, a Joint Commission International. Hospitais públicos como o Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral da Lagoa e o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE) já estão na fase inicial do processo de Acreditação.

Transplante

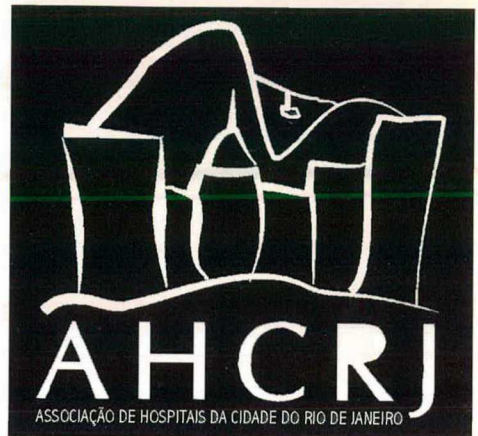
O Hospital São José do Avaí, em Itaperuna, no Estado do Rio, realiza transplantes de fígado. Três já foram feitos gratuitamente. Agora, a instituição aguarda a autorização do Ministério da Saúde para fazê-los pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Medstudents

Médicos e acadêmicos podem encontrar no site www.medstudents.com.br artigos, casos clínicos e as últimas novidades da área médica.

Derivados de Sangue

Os derivados de sangue - como a albumina e as imunoglobulinas - continuarão a ser comercializados no Brasil. A Comissão de Assuntos Sociais do Senado alterou um projeto de lei já aprovado na Câmara que proibia a comercialização do sangue e de seus derivados.



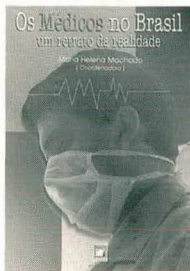
Em 99...

A AHCRJ, em parceria com a Confederação Nacional de Saúde, participará da organização dos maiores eventos da área médico-hospitalar deste fim de século. Em abril, será a HOSPITEC, em Pernambuco; em junho, a HOSPITALAR, em São Paulo; em setembro, abrangendo o sul e o Mercosul, o SUL SAÚDE; e em novembro, o HOSPITAL BUSINESS, no Rio de Janeiro.



Livros

A sugestão de leitura da AHC RJ para este mês são as seguintes publicações:



OS MÉDICOS NO BRASIL - UM RETRATO DA REALIDADE

Coordenadora: Maria Helena Machado

Editora: FIOCRUZ

Assunto: Resultado de pesquisa científica que possibilita ao leitor compreender o cotidiano dos médicos, suas interações, seu papel e sua realidade.

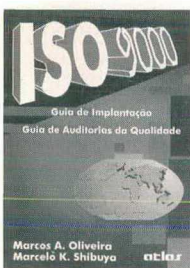


RECURSOS HUMANOS - UMA ABORDAGEM INTERATIVA

Autor: Élio Vieira

Editora: CEDAS

Assunto: Apresenta o RH como uma função estratégica no interior das organizações modernas, cujas tendências administrativas se orientam, cada vez mais, por princípios globalizantes e participantes.



ISO 9000 - GUIA DE IMPLANTAÇÃO

Autores: Marcos A. Oliveira e Marcelo K. Shibuya

Editora: ATLAS

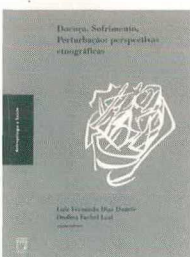
Assunto: Um apoio para as empresas que estão iniciando o processo de implantação da ISO 9000. Base na experiência de 10 anos dos autores como profissionais, consultores e instrutores.



RISCOS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Autora: Ivone Bulhões

Assunto: Uma análise nacional do trabalho de enfermagem em seu principal campo de atuação, o hospital. Temas como: ambiente hospitalar, análise ergonômica da atividade, fatores de insalubridade, acidentes e doenças do trabalho são amplamente apresentados. Com mais de 650 referências e indicações bibliográficas.



DOENÇA, SOFRIMENTO, PERTURBAÇÃO: Perspectivas etnográficas

Organizadores: Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal

Assunto: Abordagens que evidenciam a significação ou a dimensão qualitativa, subjetiva, do processo de "enfermar". Análises de sistemas simbólicos e contextos sociais a respeito de tópicos, tais como corpo e reprodução, transplante de órgãos, AIDS, tuberculose e consumo de drogas.



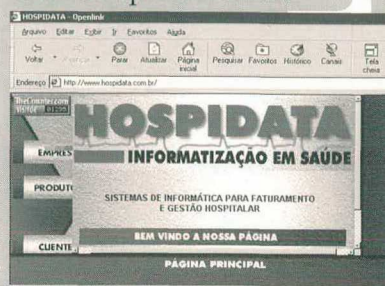
SAÚDE E ESPAÇO

Organizadores: Alberto Lopes Najjar e Eduardo Cesar Marques

Assunto: Conjunto de textos conceituais e metodológicos sobre variáveis e métodos espaciais que são de utilidade para análises e intervenções. É organizado por sanitaristas, geógrafos, engenheiros cartógrafos, economistas e sociólogos.

HOSPIDATA

Sistema de informática para faturamento e gestão hospitalar.
www.hospidata.com.br



LTC

Laboratório de Tecnologias Cognitivas. Laboratório de pesquisa e desenvolvimento na área da informática em educação e saúde.
www.ufjr.br/nutes/



LTC Laboratório de Tecnologias Cognitivas



ARTBOOKS

Livraria virtual na área da saúde. Livros nacionais e internacionais.
www.artbooks.com.br



VÍDEO CIRURGIA

Informações sobre a cirurgia videolaparoscópica.
www.hospvirt.org.br/cirvidelaparo/



A Saúde do Estado

Dr. Gilson Cantarino apresenta suas propostas

Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, 48 anos, é o atual Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Médico formado pela Universidade Federal Fluminense e pós-graduado em Psiquiatria Geral e Infantil pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dr. Gilson tornou-se experiente na área pública, ocupando os cargos de Secretário Municipal de Niterói, e de presidente dos Conselhos Estadual e Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

o momento

Dr. Gilson Cantarino conhece bem a realidade do Estado carioca e sabe que o foco nacional da crise da saúde pública é o Rio. Porém espera reatar durante seu mandato alguns projetos básicos, fundamentais para o gerenciamento do setor.

- A infra-estrutura de saúde pública do Estado é complexa. Há uma concentração de hospitais na capital e faltam leitos em outras regiões. Ao mesmo tempo, as unidades federais vêm se ressentindo de uma política de recursos humanos adequada, que não conta com a operação de toda a sua capacidade instalada. A esses problemas se acrescenta a falta de uma política estadual de saúde que confira assistência e as ações de saúde ao perfil sanitário da nossa população. Esta ainda associa agravos típicos do desenvolvimento, como as doenças cardiovasculares e a violência, a doenças próprias da pobreza, por exemplo das infecciosas. Um cenário composto por um perfil de morbidade e mortalidade, associado a políticas insuficientes e uma infraestrutura inadequada aos tipos de problemas que tem de enfrentar, só além ao desperdício e à baixa capacidade de modificá-lo, explica o Secretário.

A realidade a ser enfrentada por Dr. Gilson é das mais difíceis, mas afirma que medidas enérgicas serão adotadas, como: uma definição

clara de uma política de saúde para o Rio; o tratamento das desigualdades regionais, através de políticas específicas, e o reforço do papel estratégico da Secretaria de Estado de Saúde nas conseqüências desta política.

As propostas

A implantação de um novo modelo de prestação de serviços de saúde requer tempo e disposição de todos os envolvidos. Dr. Gilson acredita que o engajamento será grande e que a sociedade será sua grande aliada.

A curto prazo, o Estado vai trabalhar para a criação de uma gestão pública de instrumentos modernos que elevem os padrões de sua rede própria, controlando, assim, os riscos como os de uma eventual epidemia de dengue. Além disso, o perfil das despesas será adequado ao quadro herdado das gestões anteriores.

Vários projetos serão criados com o intuito de elevar o piso salarial dos profissionais de saúde, estabelecendo planos de cargos e salários e uma gestão participativa, profissional e de qualidade.

- Faremos um grande projeto de qualidade da assistência hospitalar, através da redefinição da missão institucional; de investimentos de adequação e da elevação da qualidade, mediante o papel tutelar do Estado e da avaliação independente, comenta.

Uma política de medicamentos para a rede básica de todos os municípios, uma vigilância de saúde e um controle mais eficaz de doenças serão também implantados.

Questionado sobre a possibilidade de criação do Programa Médico de Família, implantado em Niterói, durante seu mandato, o secretário foi bastante explícito: "Esse é um dos programas estru-



turais de prestação de serviços de saúde, que modifica e amplia a assistência direta até onde o cidadão vive e adoce. O Programa se expandirá pelo estado; será realizado com as prefeituras e secretarias de saúde locais; terá a participação do Ministério da Saúde e das iniciativas da população."

Os desafios e o futuro

Mas o momento é de crise econômica e institucional. Dr. Gilson acredita que seu maior desafio será enfrentar esse quadro sanitário complexo; e estruturar uma Secretaria de Saúde para uma rápida superação de situações que já não são mais aceitáveis no mundo todo.

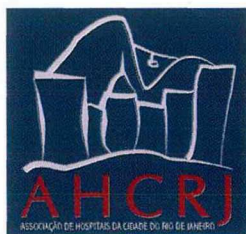
- Lançaremos mão de todos os instrumentos necessários para melhorar o atendimento hospitalar, convênios, contratos, parcerias... Estaremos lado a lado de instituições públicas e privadas nesse sentido. Agora, é preciso entender que o nosso trabalho é direcionado a uma gestão pública eficiente, democrática e com controle social, finaliza.



Hospital Business 99

Novembro de 1999

Coloque este evento na sua agenda!



Associação de Hospitais
da Cidade do Rio de Janeiro
Praça Floriano, 51/15º andar - Cinelândia/RJ
Telefone: (021) 532-0540
<http://www.ahcrj.com.br>
E-mail: ahcrj@ahcrj.com.br