



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MARIA GURGEL DE MAGALHÃES

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
PARA HOSPITAIS PEDIÁTRICOS

FORTALEZA - CEARÁ

2007

MARIA GURGEL DE MAGALHÃES

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
PARA HOSPITAIS PEDIÁTRICOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador:

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva

FORTALEZA - CEARÁ

2007

Maria Gurgel de Magalhães

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PARA HOSPITAIS PEDIÁTRICOS

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Criança e do Adolescente da Universidade
Estadual do Ceará, como requisito parcial
para obtenção do Grau de Mestre.

Defesa em: 30/08/2007

Conceito obtido: Satisfatório

Nota obtida: 10

Banca Examinadora



Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará



Prof. Dr. Paulo César de Sousa Batista
Universidade Estadual do Ceará



Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto
Universidade Estadual do Ceará

Dedico este trabalho:

*ao meu marido, José Franco,
que assumiu também o papel de mãe em minhas ausências;*

*aos meus filhos, Franco Júnior, Lílian e Rodrigo,
razão de tudo*

*e ainda aos meus pais, Nicanor e Vilalba,
exemplos de coragem e determinação que marcaram o meu jeito de ser.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado o querer, a persistência e a serenidade para alcançar o meu intento.

Aos meus pais, marido e filhos, que me apoiaram no passo a passo da efetivação deste meu objetivo.

Ao Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, pela orientação firme na elaboração deste trabalho; pela paciência ao lidar com minhas inquietações, incertezas e desconhecimentos; pelo direcionamento correto dado à pesquisa e o acréscimo substancial de novos saberes.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, o meu reconhecimento e a minha gratidão pela competência, disponibilidade e importante colaboração na análise estatística deste trabalho.

Aos Especialistas que colaboraram na validação deste trabalho, pela disponibilidade e pelo apoio e sugestões valiosos na execução do projeto. (vide APÊNDICE C)

À Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz e ao Prof. Dr. Fabrício da Silva Costa, coordenadora e vice - coordenador do Curso de Mestrado, pelos conhecimentos transmitidos e confiança depositada.

A todos os professores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, pelos esforços empreendidos no sentido de ampliar conhecimentos.

Aos Profs. Drs. Paulo César de Sousa Batista e Francisco José Maia Pinto, pela participação na Banca Examinadora.

À Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge, fonte de conhecimento e exemplo de profissionalismo.

À Direção do Hospital Infantil Albert Sabin, em especial, aos Drs. Walter Frota e Joana Angélica, por favorecerem o acesso para realização da pesquisa.

Aos colegas de mestrado, cada um com suas diferenças e colaborações.

Aos amigos, Mary Anne Cavalcanti Saraiva Matos e João Paulo Bastos Lopes, pela dedicação e presteza.

QUALIDADE:

aquele produto ou serviço que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente

(CAMPOS, 1992)

RESUMO

Este trabalho viabilizou a elaboração e validação de um instrumento analítico e diagnóstico da qualidade da assistência para um hospital pediátrico. Buscou-se na literatura fundamentações sobre a avaliação em serviços saúde, seus conceitos e aspectos metodológicos. Propôs-se na metodologia de elaboração um conjunto de indicadores de estrutura, de processo e de resultados. Consta de questionários estruturados com padrões de conformidade, compatíveis com os internacionais. A validação de conteúdo foi efetuada submetendo o material a vinte e seis especialistas para avaliação e posterior aplicação do testes. O teste de Fisher foi aplicado, em tabelas 2 x 2 nas amostras ≤ 20 . Quando a amostra foi > 20 utilizou-se o teste de χ^2 e o de Máxima Verossimilhança. Para todos os testes foi fixado o nível de significância de 5%. Os dados foram processados no *software* SPSS versão 11.0. Desta forma, o valor de p foi calculado para os observadores (as) entre si e entre cada observador (a) e a autora. Foram verificados em dois setores questões redigidas sem Clareza. Não houve discordância no quesito Pertinência. A discordância presente foi sobre o grau de Relevância, isto é, se a questão é colocada como: Imprescindível, Necessário ou Recomendável no contexto hospitalar pediátrico. Das setenta e duas avaliações, houve dezessete discordâncias com a autora (23,61%). Na análise dessas não conformidades, observou-se apenas em dois momentos a coincidência da discordância com a autora pelos dois observadores: em A2 e G2, correspondendo a 1,46% dos indicadores (18 dos 1.235). Nas outras quinze ocasiões só um especialista discordou da autora. O processo de validação contribui para modificação dos resultados. O estudo iniciou com um mil e duzentos e trinta e cinco (1.235) indicadores. Submetido aos vinte e seis especialistas, sofreu algumas modificações, tais como mudança na redação, supressão de indicadores, atualização, o que resultou inclusive na redução do número de indicadores para um mil e duzentos e vinte e seis (1.226). O instrumento permite aplicabilidade em hospitais de qualquer porte e direciona o gerenciamento para o contínuo aperfeiçoamento dos processos, um trabalho de equipe com raciocínio estatístico, práticas humanizadas da ciência médica e respeito ao ambiente.

Palavras Chave: Qualidade; Hospital; Avaliação da assistência à saúde.

ABSTRACT

This study aimed the elaboration and validation of an analytical instrument and diagnostic of quality of assistance in pediatrics hospital. It searched in literature principles about evaluation in health services, its concepts and methodological aspects. It proposed in methodology of elaboration a set of indicators of frame, process and results. It has questionnaires structured with defaults of conformity, matching with international ones. The validation of content was done submitting the material to twenty-six specialists to evaluation and ulterior application of tests. The Fisher's test, in charts 2x2 in samples ≤ 20 . When the sample was >20 it used the test of and Maximum Similarity. To all the tests was fixed the level of significance of 5%. The data were processed in *software* SPSS version 11.0. Thus, the valor of p was calculated to observers among them and among each observer and authoress. It was verified in two sectors questions penned without clearness. It does not have discordance in question Pertinence. The discordance present was about the grade of Relevance, or so, if the question is put as: Operative, Necessary or recommended in context pediatric hospital. From the seventy-two evaluations, there was seventeen discordances with the authoress (23,61%). In analysis of these not conformities, it observed only in two moments the coincidence of discordance with the authoress by two observers: in A2 and G2, corresponding to 1,46 % of indicators(18 of 1.235). In another fifteen occasions only one specialist disagreed of authoress. The process of validation contributes to results' modifications. The study began with one thousand and two hundred and thirty-five(1.235) indicators. Submitted to twenty-six specialists, suffered some modifications, such as change in writing, suppression of indicators, actualization, which result including in reduction of number of indicators to one thousand and two hundred and twenty-six (1.226).The instrument allows applicability in hospitals of any size and direct the management to continuous betterment of processes, a team work with statistic ratio, humanized practices of medical science and respect to environment.

Key-Words: Quality; Hospital; Evaluation of assistance to health.

ABREVIATURAS E / OU SÍMBOLOS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APACHE II	<i>Acute Physiologic and Chronic Health Evolution</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRIB	<i>Clinical Risk Index for Babies score</i>
DIT	Doenças Infecciosas Transmissíveis
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
FDA	<i>Food and Drug Administration.</i>
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Commission on Accreditation of HealthCare Organizations</i>
Laser	<i>Light Amplification by Stimulated Emission Radiation</i>
NBR	Norma Brasileira Regulamentada
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PDCA	Ciclo de controle de processos (Shewhart-Deming): P (<i>plan</i>); D (<i>Do</i>); C (<i>check</i>) e A (<i>act</i>)
PIM	<i>Pediatric Index of Mortality</i>
PRISM	<i>Pediatric Risk of Mortality</i>
PSI	<i>Physiologic Stability Index</i>
POP	Procedimento Operacional Padrão
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE TABELAS

1	Grupo A. Modelo de Gestão da organização para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.....	45
2	Grupo B. Modelo de Gestão da assistência para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.....	46
3	Grupo C. Modelo de Gestão de diagnose e terapia para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.....	48
4	Grupo D. Modelo de Gestão das áreas técnicas para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.....	49
5	Grupo E. Modelo de Gestão das Áreas de processamento e abastecimento para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.....	50
6	Grupo F. Modelo de Gestão de pessoas para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.....	51
7	Grupo G. Modelo de Gestão de áreas administrativas e apoio para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.....	53

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS E / OU SÍMBOLOS.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	12
2 OBJETIVOS.....	17
2.1. Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
3. GESTÃO DA QUALIDADE: explorando as multifaces.....	19
3.1 Percurso histórico e conceitos da qualidade.....	19
3.2 Qualidade nos serviços de saúde	22
3.3 Avaliação em saúde.....	24
3.4 Os indicadores	26
3.4.1 Elaboração de indicadores	26
3.4.2 Classificação dos indicadores	27
3.4.3 Seleção dos indicadores	27
3.4.4 Análise dos indicadores	28
3.5 Avaliação da qualidade no hospital	28
4. DESENHO METODOLÓGICO.....	33
4.1 Natureza e tipo de estudo.....	33
4.2 Delineamento do estudo.....	34
4.2.1 Local da pesquisa	34
4.2.2 Período	34
4.2.3 Etapas da investigação	34
4.2.3.1 Coleta de informações e construção do instrumento.....	34
4.2.3.2 Levantamento bibliográfico	36
4.2.3.3. Validação do instrumento	37
4.3 Análise estatística	39
4.4 O instrumento.....	40
4.5 Questões éticas	42
5. RESULTADOS.....	44
6. DISCUSSÃO.....	55
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
GLOSSÁRIO.....	62
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE A: Instrumento de avaliação da qualidade da assistência para hospitais pediátricos.....	78
APÊNDICE B: Quadro A: quadro geral de concordância interavaliadores: especialistas (2 e 3) x autora	158
APÊNDICE C: <i>Curriculum</i> resumido dos especialistas.....	159
APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido	163
APÊNDICE E: Carta aos especialistas.....	165
APÊNDICE F: Orientações para análise do instrumento.....	166
ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE	169

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

A aproximação com o tema resultou da prática profissional da autora (M.G.M.) que sempre foi pautada em duas linhas de atuação, a assistencial como pediatra e a concomitante militância na área de auditoria, controle e avaliação do setor de saúde pública.

Da percepção de que existe uma lacuna no conhecimento, uma necessidade real de implementar ações sistematizadas de avaliação que contribuam para a melhoria da assistência à saúde em ambiente hospitalar pediátrico, resultou a motivação em relação ao assunto. A ênfase impulsora advém do entendimento de que a avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão dos serviços de saúde, logo a aplicabilidade do estudo é patente e imediato.

De acordo com Hartz (1997), a apreciação da estrutura dar-se-á quando focamos os recursos da intervenção e a organização e comparamos com os critérios e normas correspondentes. Enfatiza ainda a autora a apreciação dos organismos de acreditação por este tipo de avaliação, enquanto, na apreciação do processo, trata-se de saber se os serviços oferecidos são adequados para atingir os resultados esperados. Finalmente, na apreciação dos resultados consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos que a intervenção se propôs atingir.

Os instrumentos de avaliações existentes direcionados à análise da qualidade de serviços pediátricos, apesar de incipientes, já possuem algumas referências nos contextos documentais.

As ferramentas de análise eram, até pouco tempo atrás, eminentemente textuais. Grande parte das análises disponíveis baseia-se em paradigmas teóricos, que são colocados de forma subjetiva e apresentam dificuldades de medição.

As contribuições de instituições acreditadoras de hospitais têm sido relevantes.

O instrumento utilizado pela *Joint Commission International* (JCI), que atua no Brasil, por intermédio do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é planejado para ser aplicado em qualquer instituição independente do tamanho e perfil. É esse instrumento baseado em padrões (objetivo); promove avaliação abrangente focada em processos; fomenta uma demanda interativa e educativa entre o avaliador e avaliado; orientada para o desempenho; tem ênfase qualitativa; permite o cruzamento exaustivo de diferentes fontes de informações, contribuindo para consistência. (MANUAL INTERNACIONAL DE PADRÕES DE ACREDITAÇÃO, 2003).

O principal instrumento brasileiro pertence ao Sistema Brasileiro de Acreditação, desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1998, entidade não governamental que tem a finalidade de dar suporte ao processo de acreditação no Brasil, normalizando, regulando, credenciando e controlando as Agências de Acreditação existentes no país. A ONA elaborou o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, baseado no manual da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que adota o sistema de avaliação em três níveis de complexidade crescente. **Nível 1: segurança (estrutura)**, que tem como princípios orientadores: assegurar responsabilidade técnica conforme legislação; adequar o corpo funcional com habilitação, capacitação e dimensionamento, conforme as necessidades do serviço; atender aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente (interno e externo); identificar, gerenciar e controlar riscos sanitários, ambientais, ocupacionais, relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança. **Nível 2: segurança e organização (processos)**, que têm como princípios orientadores: requerer normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis; identificar os fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; definir indicadores para os processos identificados; medir e avaliar os resultados dos processos; estabelecer programa de educação e treinamento continuado; criar grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional. **Nível 3: segurança, organização e práticas de gestão de qualidade (resultado)**, que têm como princípios orientadores: definir as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento das pessoas, clientes, processos); dispor de um sistema de indicadores de desempenho com foco nas perspectivas básicas,

com informações atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes; estabelecer uma relação de causa e efeito entre os indicadores e análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; analisar a tendência com pelo menos três resultados consecutivos; dispor de análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhorias e inovações; identificar oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras organizações com evidências de resultado positivo; planejar melhoria contínua em estrutura, novas tecnologias, atualizações profissionais e procedimentos. (MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2006).

A incorporação do conceito de padrões de conformidades e a cultura da auto-avaliação estimulam o aprimoramento da organização hospitalar por induzir:

- a) a comparação entre os pares, o que conseqüentemente incita a busca pela supremacia;
- b) a demonstração das não conformidades internas, o que instiga o processo de auto-avaliação frente aos padrões estabelecidos;
- c) a exposição das práticas inadequadas produzidas por ações repetitivas que normalmente estimulam ações acomodativas, por vezes inapropriadas.

A qualidade da assistência hospitalar pode ser dimensionada por meio de um conjunto de variáveis de estrutura, de processos e de resultados, direcionados para as diferentes áreas hospitalares como a gestão: da organização, da assistência, de diagnose e terapia, das áreas técnicas, das áreas de processamento e abastecimento, de pessoas e das áreas administrativas.

Entende-se que os serviços de saúde devem ser delineados, operacionalizados e gerenciados, acostados em princípios de respeito à opinião dos usuários, à dignidade humana, à equidade, à ética profissional, à biossegurança e à sustentação do próprio serviço.

Dentro dessa concepção, os critérios devem ser desenhados e selecionados, apoiados no saber científico da medicina, nos fundamentos da administração hospitalar, na legalidade, na legitimidade, na economicidade, na factibilidade, na acessibilidade, na exequibilidade e na relevância.

Com essa compreensão, decidiu-se por elaborar um instrumento de avaliação da assistência em hospital pediátrico que encerre a possibilidade de agregar novos conhecimentos sobre o tema e que seja capaz de apontar um diagnóstico situacional com consistência e abrangência, e que ainda, inclua como pilares principais: os aspectos educativos, a praticidade e a objetividade (concomitante descrição de cada padrão).

Esse instrumento deve ainda funcionar como agente pedagógico efetivo, provisionado de elementos gerenciais e com aplicabilidade na orientação daqueles interessados em monitorar e fomentar a qualidade na prestação de serviço de saúde, no favorecimento e transformação das atitudes e práticas e na busca da excelência da assistência.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Elaborar e validar um instrumento de avaliação da assistência para hospitais pediátricos, que seja consistente, abrangente e com aplicabilidade na área de controle, avaliação e auditoria da qualidade da atenção prestada.

2.2 Específicos

- Testar metodologia sistematizada de avaliação para hospital pediátrico, definindo uma matriz de estratégias de atividades aplicáveis, passíveis de medição.
- Produzir conhecimento que incorpore a lógica que favoreça o funcionamento harmônico do hospital, evitando assim a insustentabilidade ocasionada por inadequada infra-estrutura de alguns setores.
- Identificar situações de risco de responsabilidade institucional ou profissional, nos aspectos: estrutura, gerência, técnico – profissional, econômico, satisfação às necessidades e acesso dos usuários e preservação ambiental.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 GESTÃO DA QUALIDADE: EXPLORANDO AS MULTIFACES

3.1 Percurso histórico e conceitos da qualidade

O movimento na busca pela qualidade teve início do século XIX atendendo principalmente às necessidades da indústria bélica. A conquista principal foi a criação de uma metodologia científica sistematizada utilizando-se para isso de medidas, gabaritos e acessórios que asseguravam que as peças estavam sendo trabalhadas com exatidão. Nos primórdios do século XX, Frederick W. Taylor, pai da administração científica, instituiu o cargo de inspetor de fábrica (GARVIN, 1992).

Em 1931, Shewhart editou o livro *Economic Control of Quality of Manufactured Product*. A obra é considerada a primeira publicação científica sobre avaliação da produção e melhoria da qualidade (GARVIN, 1992; GOMES, 2004).

Segundo Garvin (1992, p. 7), Shewhart como integrante da equipe da Bell Telephone Laboratories e envolvido na busca da padronização da rede de telefônica, emitiu o seguinte conceito de controle estatístico:

Dir-se-á que um fenômeno está sob controle quando, recorrendo-se à experiência passada, se puder prever, pelo menos dentro de certos limites, como o fenômeno deve variar no futuro. Entende-se, aqui, que previsão significa que se possa determinar, pelo menos aproximadamente, a probabilidade de que o fenômeno observado fique dentro de determinados limites.

William Edwards Deming, um estatístico norte-americano, foi pioneiro na divulgação dos conceitos de qualidade. Participou do programa estratégico dos Estados Unidos durante a segunda guerra mundial. “O enfoque de Deming para a qualidade foi principalmente voltado para a estatística, focalizando os problemas de variabilidade e suas causas” (CARDOSO, 1995). No fim dos anos 40 do século passado, ele propagou seus conceitos estatísticos voltados para a qualidade.

Armand Feigenbaum (1961) propôs a criação do conceito de "Controle de Qualidade Total". No seu ponto de vista, qualidade é um trabalho com

procedimentos sistêmicos, gerenciados por especialistas, que apóiam todos os departamentos e envolve toda a organização, permitindo serviços mais econômicos e satisfação total do consumidor.

Em 1951, Joseph Juran, outro norte-americano, engenheiro e advogado que prestou assessoria na área aos japoneses, publicou seu livro *Quality Control Handbook*, onde observou a questão dos custos evitáveis e inevitáveis para se atingir um determinado nível de qualidade (GARVIN, 1992). Para Juran, citado por (Zanon, 2001), "qualidade é ausência de falhas e a adequação ao uso." A abordagem de Juran, citado por Cardoso (1995) diz que: "Outro significado de qualidade é ausência de deficiências. Satisfação com o produto e insatisfação com o produto não são opostos". Ao que Cardoso explicita: "Pode-se estar satisfeito com algumas características, mas existe a insatisfação com outras, uma expectativa de melhoria ou inclusão de atributos. Deficiências do produto afetam os custos, por falhas no uso e necessidade de garantia, repetição de trabalhos e desperdício".

Passados 20 anos, após emergir do conflito da II Guerra Mundial, o Japão pós-guerra surgiu com produtos de qualidade inspirado nas idéias dos norte-americanos. Enquanto Juran fundamenta seus princípios no planejamento, controle e melhoria de qualidade para identificar e solucionar problemas da organização, Deming foca seus argumentos nos recursos humanos e define o homem como o componente determinante do destino da organização. Adepto da melhoria contínua, faz do raciocínio estatístico a fundamentação da sua filosofia, por ser objetiva, sem espaços para ambigüidades ou más interpretações. Deming definiu a qualidade como "conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas" (GOMES, 2004). O mesmo autor assevera que o mais importante no processo produtivo é o cliente, e que, "a produtividade aumenta à medida que a qualidade melhora". Os quatorze princípios de Deming, em *Out of the Crisis* (1986) são a essência do seu pensamento, apontando para a mesma direção, como instrumento indispensável para obtenção da melhoria da qualidade, podendo favorecer a busca da excelência e determinar a sustentabilidade dos serviços.

O método para promoção da qualidade, o PDCA, ou Ciclo de Shewhart, foi aprimorado por Deming. É uma sistemática de abordagem, constituída de um roteiro, composto de quatro fases básicas: P (*plan*) – estabelecer uma meta e definir

métodos para atingi-la; D (*do*) – execução do planejamento realizado na fase anterior; C (*check*) – verificação dos resultados. A (*act*) – atuar em relação a todo o processo. Caso a meta estabelecida tenha sido alcançada, padroniza-se o método utilizado. Se a meta não foi atingida, é necessário corrigir os desvios observados e retornar á fase P, reiniciando o ciclo, até que a meta proposta seja alcançada (GARVIN, 1992; TAULIB, 1993; CARDOSO, 1995; MAGALHÃES, 2001; GURGEL JR, VIEIRA, 2002).

Na concepção de Philip Crosby em 1962, a idéia era fazer certo desde a primeira vez e eliminar todos os defeitos (ZANON, 2001). Na visão do autor, qualidade significa conformidade com as especificações e adequação às necessidades e expectativas dos clientes e que ela é alcançada através da prevenção e o nível de desempenho deve ser o de defeito zero (Id., 2001).

Garvin cita a definição do mesmo autor em *Quality Free* (1979) onde “qualidade (quer dizer) conformidade com as exigências”. Gomes menciona a opinião de Crosby ao defender que produzir bem depende essencialmente da gestão de recursos humanos.

Ishikawa (1985) conceitua qualidade como “sistema de métodos de produção que, economicamente, produz bens ou serviços de qualidade, atingindo as expectativas do consumidor”.

Campos, citado por Garvin (1992), define qualidade como sendo "aquele produto ou serviço que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente".

Entender o percurso histórico e conceitos da qualidade permite-nos ajuizar melhor o seu significado. A qualidade de um produto ou serviço é multifacetada e tem como foco principal as necessidades dos clientes.

3. 2 Qualidade nos serviços de saúde

No início do século passado a qualidade da assistência hospitalar era pressuposta pelo nível de especialização da equipe médica, equipamentos incorporados e aspectos de atualização da estrutura física. Inicialmente, Codman, cirurgião da cidade de Boston, em 1910, publicou um trabalho sobre padronização de resultados da atividade hospitalar e em 1912, o mesmo autor, introduziu o conceito de “*quality of care*”, focando o paciente como objeto principal da atenção dos profissionais de saúde (ZANON, 2001). Só então, em 1917, o *American College of Surgeons – ACS* desenvolveu o padrão mínimo para hospitais. (THE JOINT COMMISSION)

O primeiro manual de padrões foi impresso em 1926 e consistia de 18 páginas. Em 1951, o Colégio Americano de Médicos (ACP), a Associação Americana de Hospital (AHA), a Associação Médica Americana (AMA), e a Associação Médica Canadense (CMA) junto com o Colégio Americano de Cirurgiões (ACS) criaram a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), uma organização independente, sem fins lucrativos, cuja finalidade preliminar era fornecer a acreditação em caráter voluntário e em 1953 essa comissão publicou padrões de acreditação para hospitais (KLUCK; QUINTINO NETO; GASTAL, 1997; CQH, 2001; THE JOINT COMMISSION). Em 1975, nos Estados Unidos, a JCAH introduziu como requisito para a acreditação, a exigência de métodos objetivos para verificação e documentação da qualidade nas organizações de saúde do país (ZANON, 2001). O nome da organização em 1987 mudou para *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO* refletindo a expansão das atividades. Foi então lançada “*The Agenda for Change*”, com ênfase nas medidas de desempenho clínico, reavaliação das medidas de desempenho organizacional e expansão do papel educativo. Em 1998, foi criada a *Joint Commission International - JCI* (em: http://www.jointcomission.org /AboutUs/joit_commissionhistory.htm).

A JCAHO é responsável pelo credenciamento de todos os tipos de instituições prestadoras de serviços de saúde, através de indicadores e medidas que buscam avaliar a qualidade do atendimento. Esta avaliação é feita em bases científicas, através de padrões bem estabelecidos através de métodos de pesquisa que incluem uma revisão completa da literatura, envolvimento de especialistas, consideração das necessidades dos pacientes e um consenso do que seja uma assistência de qualidade (JCAHO, 1997).

O interesse pela qualidade em saúde no Brasil surgiu na década de 1970, gerado pela necessidade das organizações de saúde em garantir cuidados que sejam, de fato, benéficos e reduzir gastos desnecessários. Destaca-se a utilização do Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR) a fim de avaliar a contratação de leitos hospitalares pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (CQH, 2001). Alguns hospitais iniciaram a prática da auditoria médica que objetivava avaliações dos aspectos técnicos, éticos e administrativos do desempenho da equipe de saúde (ZANON, 2001).

O Ministério da Saúde, em 1993, criou o Sistema Nacional de Auditoria (Art.6º da Lei 8.689) que foi regulamentado pelo Decreto 1.651, de setembro de 1995 (em: <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>). O Ministério da saúde define:

Auditoria é a análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos de administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais, praticados por pessoas físicas e jurídicas.

O principal instrumento nacional de avaliação da qualidade da assistência hospitalar pertence ao Sistema Brasileiro de Acreditação, desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, entidade não governamental que tem a finalidade de dar suporte ao processo de Acreditação no Brasil, normalizando, regulando, credenciando e controlando as Agências de Acreditação existentes no país (RDC Nº12). A ONA elaborou uma ferramenta de avaliação baseado no Manual da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) que adota o sistema de avaliação em três níveis de complexidade.

A maior consciência dos direitos por parte dos pacientes foi fator determinante no crescente nível de exigência da qualidade na prestação dos serviços de saúde.

O processo de melhoria da qualidade envolve a adoção de atitudes embasadas nos princípios da Gestão da Qualidade Total estabelecidos por Deming (1986), os quatorze pontos para gerência, dentre os quais: satisfação total dos clientes; gerência participativa; desenvolvimento humano; constância de propósitos; aperfeiçoamento contínuo; gerência de processos; delegação do poder; disseminação de informações; garantia da qualidade e não aceitação de erros (DONABEDIAN, 1990).

3.3 Avaliação em saúde

Cuba e Lincoln (1990, *apud* HARTZ) identificaram quatro estágios na história da avaliação. A progressão de cada estágio se dar com a aquisição de novos conceitos e conhecimentos. **O primeiro estágio** foi baseado na medida dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores. O avaliador é essencialmente um técnico que deve saber medir os fenômenos estudados. **O segundo estágio** acontece nos anos 20 e 30 do século passado. A avaliação identifica e descreve como os programas atingem seus resultados. **O terceiro estágio** é fundamentado no julgamento. A avaliação deve julgar a intervenção. **O quarto estágio** está surgindo. A avaliação é um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Na opinião de Tanaka (2001, p. 16 -18)

a avaliação parte da análise e do conhecimento existente da situação que se quer avaliar. No entanto, a avaliação não começa sem que haja objetivos definidos e hipóteses formuladas pelo interessado na avaliação. Outro pressuposto importante é saber que, para realizar uma avaliação, é condição necessária analisar as informações disponíveis para melhor conhecer a situação que se vai avaliar. Aqui é preciso distinguir a análise de informações para avaliação de um mero diagnóstico. A análise distingue-se do diagnóstico por exigir, além da descrição da situação que se quer conhecer, uma busca das explicações possíveis para a situação analisada. Deve-se considerar também que a avaliação é parte do processo de planejamento/ gestão, constituindo um suporte para tomada de decisões capazes de alterar a situação inicial identificada como problema.

A avaliação, segundo Contrandriopoulos *et al.* (1997, p. 31)

baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) e de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Foram identificados diversos conceitos de avaliação, dentre os quais, destacam-se o de Silva (2003), que define a avaliação em saúde, como um conjunto de atributos como a qualificação profissional, o uso eficiente dos recursos, o acesso à tecnologia de acordo com as necessidades e a satisfação dos usuários.

De acordo com Clemenhagen e Champagne (1986, *apud* HARTZ, 1997, p.35) “a avaliação normativa é uma atividade comum em uma organização ou programa. Ela corresponde às funções de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade”.

Na concepção de Worthen (1997), tem-se a classificação da avaliação em dois tipos: a) avaliação informal, baseada em percepções subjetivas para alicerçar um julgamento. Acontece quando é feita uma escolha entre variáveis sem evidência formal sobre o valor das mesmas; b) a avaliação formal, que usa como concepção esforços sistemáticos para definir critérios explícitos e obter informações exatas sobre variáveis, permitindo estabelecer o verdadeiro valor destas variáveis.

Nesta linha de raciocínio conclui-se que, o homem pratica a avaliação informal rotineiramente desde os primórdios da humanidade. Esta se baseia em experiências acumuladas e em elementos instintivos diante da falta de procedimentos sistemáticos.

Na avaliação em saúde, métodos qualitativos são empregados para abordar aspectos sociais como: organização hospitalar, complexos comportamentos humanos, aquiescência dos pacientes ao tratamento e tomada de decisão por profissionais de saúde e outros.

Coaduna-se com essas reflexões Pope e Mays (2005) quando ressaltam que há um conjunto de questões sobre a interação humana e sua interpretação, que podem vir a exigir respostas antes que os profissionais de saúde tentem quantificar comportamentos e eventos.

A avaliação normativa é uma atividade comum nas organizações e está sempre atrelada a ações de controle, monitoramento e programas de garantia de qualidade. De acordo com o definido por Contrandriopoulos *et al.* (1997, p.34, *apud* HARTZ, 1997), a avaliação normativa consiste em julgar uma intervenção, “comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com os critérios e as normas”.

Outros autores discorreram sobre o tema. Na opinião de Rossi e Freeman (1985), citados por Contrandriopoulos *et al.* (1997, p.35 *apud* Hartz, 1997), “todas as

avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção”.

Segundo Contrandriopoulos *et al.* (1997, p.37, *apud* Hartz, 1997) pesquisa avaliativa

é um procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex- post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como a relação existente entre a intervenção, e o contexto no qual se situa, geralmente com o objetivo de ajudar a tomada de decisões.

3.4 Os indicadores

São variáveis perfeitamente identificáveis, utilizadas para caracterizar quantificar ou qualificar os objetivos, metas ou resultados (ARRUDA *et al.*, 2001). Segundo a WHO (1996), indicadores são marcadores da situação da saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, alvos e performances.

3.4.1 Elaboração de indicador

A construção de indicadores para avaliar a dinâmica hospitalar, parte do conhecimento prévio sobre o objeto da avaliação, do qual é escolhido um requisito relevante que deve ser analisado criticamente.

Os parâmetros podem estar baseados: na situação inicial a modificar (situação problema); no objetivo da avaliação, que seria retratada nas metas quantitativas ou mudanças na qualidade dos serviços prestados; no conhecimento científico prévio, que pode ser definido como um padrão técnico identificado na literatura e ajustado ao contexto local (TANAKA, 2001, p. 25-26).

3. 4.2 Classificação de indicador

A classificação utilizada de indicadores de estrutura, processo e resultados (*outcomes*) é baseada em Donabedian (1980, 1990), que desenvolveu os pressupostos conceituais da chamada avaliação de qualidade.

A lógica que enfoca a avaliação da estrutura hospitalar como elemento primordial na prestação de uma assistência de qualidade não é verdadeira, pois ela apenas informa o potencial da instituição, não avalia a sua efetividade e eficiência.

3. 4.3 Seleção de indicador

Diante da complexidade dos fenômenos relacionados com a prestação de serviços de saúde, os indicadores foram selecionados com base nos seguintes critérios: representatividade dentro do contexto, capacidade de sintetizar a situação a ser analisada, permitir o menor grau possível de subjetividade e facilidade de obtenção, alcançáveis (acessibilidade, tempo requerido e trabalho demandado). Devem ainda ser aplicáveis a todas as organizações e serviços, consensuais quanto ao “estado da arte” e passíveis de apuração.

O indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado que é capaz de sintetizar e/ ou representar e / ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Ele é, portanto, válido para o contexto específico do que se está avaliando. O indicador comumente é representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou relação entre dois eventos ou uma qualidade do evento.

Considerando que em serviços de saúde e mesmo num programa específico há sempre uma relação intrínseca e complexa entre as atividades realizadas, torna-se muito útil para a avaliação a seleção de indicadores construídos na relação entre variáveis.

Dessa maneira, a escolha do indicador de estrutura pode auxiliar uma tomada de decisão de investimento e /ou provimento de recursos necessários para o sistema, serviço ou programa. A escolha de um indicador de processo está direcionada para a tomada de decisão referente à otimização e / ou utilização racional da dinâmica implementada, enquanto a escolha de um indicador de resultado está direcionada para a tomada de decisão de prosseguimento ou não da intervenção realizada (TANAKA, 2001, p. 19-24).

3. 4.4 Análises de indicadores

Para que ocorra avaliação é necessária a adoção de parâmetros de referência definidos com antecedência para fins de comparação. A normalização com os critérios e padrões de referência é importante para avaliação da qualidade dos procedimentos repetitivos que lastreiam as atividades hospitalares.

No entender de Kluck, um bom indicador deve atender a quatro características básicas:

- validade: expressa a verdade de um fenômeno que está sendo medido;
- objetividade: deve ser apto a fornecer o mesmo resultado se medido por diferentes pessoas em diferentes meios, sobre circunstâncias similares;
- sensibilidade: deve ser capaz de refletir mudanças no fenômeno de interesse;
- especificidade: deve refletir mudanças apenas nos fenômenos específicos de interesse.

3.5 Avaliação da qualidade no hospital

A avaliação da qualidade deve funcionar como um processo contínuo e dinâmico de garantia da qualidade dos serviços de saúde. A avaliação, contudo, não tem um fim em si mesma, trata-se de uma ferramenta onde o julgamento explícito desencadeia atitudes de ajustes. Gera transformações e redimensionamentos, de forma a contemplar as necessidades de seu público, imprimindo maior racionalidade ao uso dos recursos, na busca da resolubilidade e obtenção da qualidade desejada.

A normalização com os critérios e padrões de referência é importante para avaliação da qualidade dos procedimentos repetitivos que lastreiam as atividades hospitalares.

Ao se construir indicadores para avaliar a dinâmica hospitalar, partimos do conhecimento prévio sobre o objeto da avaliação, do qual é escolhida uma variável relevante que se considera importante analisar.

Como já citado, a classificação utilizada de indicadores de estrutura, processo e resultados (*outcomes*) é baseada em Avedis Donabedian (QUINTINO NETO; GASTAL, 1997; ZANON, 2001; TANAKA, 2001) um pediatra armênio, radicado nos EUA (1980, 1990), que desenvolveu os pressupostos conceituais da chamada avaliação de qualidade, ao assinalar que a qualidade do cuidado em saúde é um conceito que tem vários componentes, que foram agrupados no que o autor denominou de “os sete pilares da qualidade”: *efficacy, effectiveness, efficiency, optimality, acceptability, legitimacy and equity*.

De acordo com o entendimento de alguns autores (QUINTINO NETO, GASTAL, 1997; KLUCK), tem-se que:

- Eficácia (*efficacy*): é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.
- Efetividade (*effectiveness*): é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde e o resultado potencial esperado, “ideal”.
- Eficiência (*efficiency*): é a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde e o custo econômico desse sistema.
- Otimização (*optimality*): é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico.
- Aceitabilidade (*acceptability*): é a adaptação dos cuidados médicos às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias.
- Legitimidade (*legitimacy*): é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica em satisfação individual e bem-estar da coletividade.
- Equidade (*equity*): é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da sociedade.

Citado pelos mesmos autores, a opinião de Donabedian (1986), que o objetivo do sistema de saúde é proporcionar serviços com maior qualidade, ao menor custo, de forma equitativa e de modo a favorecer maior número de pessoas.

A lógica que enfoca a avaliação da estrutura hospitalar como elemento primordial na prestação de uma assistência não é verdadeira, pois ela apenas informa o potencial da instituição, não avalia a sua efetividade e eficiência (ZANON, 2001). A qualidade restrita aos seus aspectos estruturais não permite enxergar com profundidade a complexidade da organização hospitalar (GURGEL JR., VIEIRA, 2002).

Na opinião de Gurgel Jr. e Vieira (2002) as características econômicas e organizacionais de um hospital são obstáculos para a implementação da qualidade total em seus quesitos contemporâneos. As prioridades mercadológicas não se aplicam em uma atividade que cuida de vidas humanas; a concorrência não é um elemento forte nesse modelo de organização. Na maioria dos locais há carência de serviços; a singularidade demandada de cada caso resulta na inexistência de padrão de assistência e dificuldade de racionalização da oferta de serviços; os usuários são desinformados o que repercute sobre o exercício de escolha; o consumo imediato à produção impossibilita o controle prévio da qualidade; interveniências corporativas multiprofissionais e a resistência da categoria médica ante ao controle externo de suas atividades.

A formação médica é fundamentada no modelo flexneriano, que destaca a clínica em sua dimensão biológica deixando os aspectos sociológicos, políticos e administrativos relegados a um plano secundário (GURGEL JR.; VIEIRA, 2002). Os autores enfatizam quando citam o registro OMS/OPS comentando a omissão nos currículos das escolas médicas o que redundava em obstáculos à adesão dos médicos aos programas de qualidade, por deficiência e limitação na sua formação (Id., 2002).

Na visão dos pacientes as características mais importantes que denotam a qualidade nos serviços são: aspectos ambientais como o conforto, beleza, higiene, passatempos e estado de conservação; na alimentação, o sabor, a apresentação, a variedade, a temperatura e a observação de horários; o tempo gasto para o atendimento; a postura ética da equipe de saúde e administrativa; a tecnologia incorporada pela unidade; o tratamento personalizado; comunicação satisfatória mantendo o paciente e seus familiares informados sobre sua doença e procedimentos a serem submetidos.

A implantação de um processo de melhoria de qualidade passa pelo comprometimento da alta administração, envolvimento dos funcionários de todos os níveis, reconhecimento do custo da qualidade (planejamento, reuniões), instauração de mecanismos para ouvir o cliente, comunicação da qualidade (jornal, boletim, cartazes), estabelecimento de ações corretivas (identificação do problema, análise de suas causas e eliminação), planejamento de zero defeito, busca contínua da educação dos funcionários para a qualidade, desenvolvimento de lideranças, domínio das ferramentas estatísticas, estabelecimento de objetivos, metas e a retroalimentação do processo.

O preço da má-qualidade no orçamento da organização é relevante. Como, por exemplo, os custos, associados à administração de medicamentos ou tratamentos de pessoas erradas; de repetição do trabalho e da perda de suprimentos (várias tentativas de punção venosa), excesso de consultas e exames complementares, internações desnecessárias ou por longo prazo, escolha pouco cautelosa da tecnologia de alto custo, e não necessariamente a mais apropriada para o diagnóstico, prescrição aleatória ou abusiva de medicamentos ou processos terapêuticos.

A melhoria contínua do desempenho dos processos de um hospital engloba a redução contínua dos riscos para os pacientes, familiares, corpo profissional, fornecedores e visitantes, nas atividades clínicas e no ambiente físico. As questões de qualidade clínicas e gerenciais estão inter-relacionadas e todas devem ser objeto de ações de melhoria.

Os processos avaliativos são fundamentais nas atividades dentro da área de saúde por permitirem identificar erros e corrigi-los, como também as condutas corretas e reforçá-las.

DESENHO METODOLÓGICO

4 DESENHO METODOLÓGICO

4.1 Natureza e tipo do estudo

O estudo é do tipo exploratório com aspectos avaliativos, analíticos e críticos, usando enfoque qualitativo.

O propósito foi construir e validar um instrumento consistente e abrangente, que possibilitasse a avaliação da qualidade da assistência dos hospitais de pediatria com aplicabilidade em hospitais de pequeno, médio e grande porte. A ferramenta contempla as plantas destinadas ao atendimento secundário (agravos de baixa complexidade) e atendimento terciário (agravos de alta complexidade).

O modelo metodológico aplicado por Magalhães (2001) foi tomado como referência no sentido de concretizar a proposta.

Os critérios utilizados para desenvolver novos padrões ou selecioná-los a partir do instrumento referido foram: a aplicabilidade, a atualidade, a relevância para melhoria da qualidade do cuidado, a aceitação cultural, a importância para o sistema de saúde do país, a adaptabilidade aos hospitais de pediatria públicos e privados e a compatibilidade com os padrões de referências internacionais.

... entendendo-se que é relevante o hospital funcionar como um conglomerado harmônico em todas as áreas, favorecendo a eficiência da organização e evitando crescimentos desmesurados de alguns serviços, levando a insustentabilidade ocasionada pela inadequada infra-estrutura de outros setores. É notório que a avaliação estrutural é objetiva e fácil, seja de edificação, suprimentos, pessoas, qualificação ou aspectos gerenciais, mas é sabido também que a mais perfeita estrutura não assegura a qualidade, pois a utilização do mais moderno equipamento por si só é incapaz de evitar um ato lesivo decorrente da negligência da equipe cuidadora. A prática exclusiva de indicadores quantitativos vem demonstrando que não reflete a adequação e a eficiência da assistência hospitalar (MAGALHÃES, 2001, p. 33).

A lógica é a de que todos os setores possuam o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação.

4. 2 Delineamento do estudo

4.2.1 Local da pesquisa

No município de Fortaleza. Dos vinte e seis profissionais, quatorze (54%) trabalhavam no Hospital Infantil Alberto Sabin.

4.2.2 Período

A execução do projeto foi realizada no período compreendido entre outubro de 2005 a agosto de 2007. Cada Especialista teve uma média de 10 dias para preencher o questionário.

4.2.3 Etapas da investigação

4.2.3.1 Coleta de informações e construção do instrumento

Tendo em vista as características do estudo, assim como aspectos relacionados com a viabilidade da coleta de informações, optou-se pela construção de questionários estruturados para cada setor do hospital. Cada questionário foi composto de uma lista de questões fechadas abordando elementos da estrutura, dos processos e dos resultados, com descrição dos padrões estabelecidos para cada segmento do hospital. O tipo de resposta obedece ao sistema binário de respostas de sim ou não. Na construção dos parâmetros houve a preocupação quanto à disposição seqüencial e agrupamento das variáveis dependentes. A linguagem empregada também foi direcionada para uma comunicação de fácil entendimento, utilizando-se dos recursos da clareza, simplicidade e objetividade, sem que permitisse dubiedade na interpretação. O estilo objetivou torná-lo inteligível e conseqüentemente fácil de ser respondido. O intuito foi não prejudicar a validade e reprodutibilidade das respostas. As questões fechadas não permitiam a inserção de manifestações singulares dos respondentes. As opiniões pessoais eram registradas em separado.

A alimentação desse instrumento aconteceu com informações obtidas através da base literária sobre o assunto e opiniões dos respondentes, nos questionários. Vinte e seis especialistas participaram do processo de validação de conteúdo, sendo dois especialistas para cada área. O Hospital foi dividido em sete áreas e estas em trinta e seis subáreas. Pediu-se em separado aos sujeitos da pesquisa, para avaliar o grau de relevância, a pertinência, e a clareza das questões, relacionadas com o setor do hospital para o qual foi solicitado. Neste momento foi explicitado todo o processo de análise e demarcado o prazo de dez dias, disponível para efetivação do processo. Os especialistas não tinham conhecimento da identidade do outro especialista que avaliava a mesma área.

Tanaka (2001) destaca que, na coleta de dados qualitativos, o que importa é a representatividade dos mesmos, não existindo a necessidade de definir o tamanho da amostra. O importante é o significado de uma informação para a situação avaliada e não a quantidade de informantes que repete a mesma informação. De acordo com o mesmo autor, é possível, no entanto, utilizar uma “amostra intencional”, isto é, entrevistar e observar pessoas que o avaliador acredite que sejam capazes de transmitir informações relevantes para a realização da avaliação. A seleção das pessoas tem como base o critério de representatividade dentro do contexto.

Enfatiza-se que foram considerados especialistas os profissionais que trabalham na área específica, com habilitação e ou experiência reconhecida e que atuavam preferencialmente em instituições hospitalares de ensino.

Cada Especialista recebia uma carta - convite solicitando para colaborar no processo científico de validação de um “Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência em Hospitais Pediátricos”. Nela era explicado que o objetivo do trabalho era avaliar o grau de relevância, a pertinência e a clareza das questões e atribuir a cada uma a sua opinião. Receberam ainda orientações para análise do instrumento.

Todos os Especialistas assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Observou-se adesão, satisfação em participar e expresso sentimento de receptividade, cooperação e interesse por parte dos mesmos e necessidade de acesso ao instrumento com um todo.

Eram pré-requisitos para escolha dos especialistas: experiência no campo operacional e administrativo, reconhecida competência técnico-científica dentro da área específica e estado de plena atividade.

Dentre os vinte e seis especialistas envolvidos, apenas em duas oportunidades houve necessidade de que fosse agendado mais de dois encontros para uma maior discussão sobre as questões em pauta.

4.2.3.2 Levantamento bibliográfico

A construção do instrumento requereu inicialmente um processo de investigação aprofundada, consistente e cuidadosa da referência bibliográfica disponível, buscando a saturação teórica, por meio de instrumentos afins atualizados, como também, das legislações e normas nacionais e estrangeiras abordando o assunto. Para obtenção desse objetivo, foram utilizados principalmente os sites da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Portal da Saúde (Ministério da Saúde do Brasil). No passo seguinte, foram catalogadas as variáveis a serem utilizadas. A dificuldade residiu na amplitude do tema e determinadas interfaces do assunto necessitar exame a partir de análise de dados ainda não-estruturados. A revisão da literatura não sofreu delimitação temporal precisa. Na compilação dos dados foram utilizados como linhas mestras: o Manual do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde-PNASS, MS (2004/ 2005); Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - ONA, ANVISA (2003/2004) e ONA (2006); Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar – JCIASH (2003). Outros como, legislação, portarias, normas vigentes, citações bibliográficas e sites integram o corpo do trabalho.

4.2.3.3 Validação do instrumento

O uso de técnicas formais e o embasamento da literatura contribuem para o desenvolvimento de ferramentas confiáveis. No entanto, apesar do rigor obtido é necessário que essas técnicas sejam complementadas com teste de validação do instrumento. Aos críticos em pesquisa, interessa identificar o que assegura a confiabilidade e validade dos instrumentos de pesquisa.

Segundo Hulley, Martin e Cumming (2001; p. 63), a validade “é o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse”. Segundo os mesmos autores, a validade é um tipo especial de acurácia e tem três aspectos principais:

- **A validade de conteúdo** dispõe de dois componentes: **a validade aparente** (*face validity*), é um julgamento subjetivo se a medida faz sentido, se é razoável; **a validade amostral**, avalia se a medida incluiu todos os aspectos do fenômeno estudado.

Na opinião de Geri LoBiondo-Wood e Judith Haber (2001, p.188)

Quando um investigador está desenvolvendo uma ferramenta e surgem questões de validade de conteúdo a preocupação é se a ferramenta de medição e as questões que ela contém são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir.

Os mesmos autores relatam sobre um subtipo de validade de conteúdo, a validade de rosto, nessa modalidade pede-se aos especialistas para ler o instrumento e avaliar o conteúdo e dizer se o mesmo reflete o conceito que o pesquisado pretende medir. Esse é um processo considerado útil em relação à legibilidade e clareza de conteúdo.

Os estudos desses autores vêm ao encontro dos anseios da autora no sentido de mostrar que é válido submeter os questionários estruturados ao julgamento de especialistas nas áreas afins no processo de validação do instrumento.

- **A validade do constructo** refere-se à capacidade que tem uma medição de se enquadrar dentro da concepção teórica do estudo. Uma medida com validade do constructo é capaz de mostrar as diferenças.
- **A validade relativa ao critério** é o grau em que uma medida correlaciona-se com um critério externo ao fenômeno investigado. A validade critério é aquela na qual a medida concorda com outras abordagens que medem a mesma característica. Uma variável da validade de critério é a **validade preditiva** que é a capacidade da medida de prever os resultados.

A mesma abordagem psicométrica de validação, com os três pontos importantes: "*Construct validity*" (validade do constructo), "*Criterion validity*" (validade de critério) e "*Content validity*" (validade de conteúdo) foi apresentada por Blumstein (1990), citada por Sanches (1999).

Hulley, Martin e Cumming (2001, p.63-64) apontam ainda outras características importantes na abordagem da medição. As medidas devem ser **sensíveis** para detectar atributos diferentes em determinadas variáveis; **específicas** por representar apenas a característica de interesse e **adequadas** aos objetivos do estudo.

No presente estudo, a validação do instrumento foi possível através de testes de validação do conteúdo. Submeteu-se à apreciação de especialistas, que funcionaram como juizes, das sete áreas de gestão (dois de cada área), segundo o desenho de concepção do instrumento. Enfatizando-se o já citado anteriormente, pediu-se em separado a vinte e seis especialistas, sujeitos da pesquisa, para avaliar o grau de relevância, a pertinência, e a clareza das questões, relacionadas com o setor do hospital para o qual foi solicitado. Neste momento foi explicitado todo o processo de análise e demarcado o prazo de dez dias, disponível para efetivação do processo. Utilizou-se uma escala de avaliação para cada ponto: **a) relevância** – por intermédio da concordância ou não com o grau de importância atribuído a cada indicador: Indispensável (I), Necessário (N) e Recomendável (R) **b) pertinência** - o especialista enumerou as questões não atinentes aos propósitos do instrumento; **c) clareza** - o especialista enumerou as questões que careciam de mais esclarecimentos.

Todo o processo estava acostado no que diz Berk (1990, *apud* GERI LOBIONDO-WOOD; JUDITH HABER, 2001, p. 188):

Quando o pesquisador completa essa tarefa, as questões são submetidas a um grupo de juízes considerados especialistas nesse conceito. É típico os pesquisadores solicitarem que os juízes indiquem sua concordância com o âmbito das questões e na medida em que elas refletem o conceito sob consideração.

Os relatos analíticos e críticos dos especialistas foram elaborados em questionários auto-explicativos, fornecidos pela autora, com espaços para completar, facilitando assim o completo preenchimento e compilação dos dados.

Questões, cujos resultados da análise discrepavam, retornaram aos juízes, agora em conjunto, objetivando a discussão e obtenção de um consenso.

4.3 Análise estatística

Diante do material disponibilizado pelos especialistas e com o objetivo de medir a confiabilidade e validade de conteúdo foram aplicados alguns testes estatísticos. Verificadas as proporções das respostas entre os pares de Especialistas valendo-se de tabelas cruzadas para cada dois dos observadores. Aplicou-se o método para cada setor que compõe os sete grupos do Instrumento. Foram usados na composição as variáveis **Observador e Domínio** (Grau de Relevância, Pertinência e Clareza). Aplicou-se o teste de *Fisher*, em tabelas 2 x 2 nas amostras menores 20. Quando a amostra foi maior 20 utilizou-se o teste de χ^2 e o de Máxima Verossimilhança (este foi utilizado nas tabelas r x s, naquelas com freqüências muito baixas dentro das células). Nas amostras iguais a 20 empregou-se qualquer um dos testes citados (*Fisher, Chi-Square, Likelihood Rattio*). Para todos os testes foi fixado o nível de significância de 5%. Os dados foram processados no *software* SPSS versão 11.0.

Ao usar os testes no cálculo do valor de *p*, considera-se que quando o valor de *p* for < 0,05 não existe concordância entre os Especialistas ou entre esse (a) e a autora. Desta forma o valor de *p* foi calculado para os (as) observadores (as) entre si e entre cada observador (a) e a autora. Aplicou-se o método para cada

módulo do instrumento. No caso da concordância em 100% das respostas, foi dispensável efetuar o teste.

Os Especialistas indicados utilizaram seus conhecimentos, experiências e foram orientados no sentido de confrontar as variáveis empregadas com as linhas de construção de outros instrumentos utilizados para os mesmos fins.

A validade relativa aos critérios não foi considerada viável devido aos custos financeiros, operacionais e o fator tempo suplantarem os recursos disponíveis previstos para execução desta proposta.

4.4 O Instrumento (APÊNDICE A)

O Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência para Hospitais Pediátricos está formatado em sete capítulos:

- gestão da organização,
- gestão da assistência,
- gestão de diagnose e terapia,
- gestão das áreas técnicas,
- gestão das áreas de processamento e abastecimento,
- gestão de pessoas,
- gestão das áreas administrativas e apoio.

Cada capítulo contextualiza diferentes unidades que correspondem às áreas mais relevantes e comuns a todas as organizações hospitalares pediátricas. Para cada setor foi selecionado um conjunto de critérios que expressa a adequação e a eficácia: das instalações físicas, dos equipamentos, da gestão de pessoas, da organização de sistemas de informações, dos processos gerenciais, dos processos de cuidado e da obtenção, da análise e utilização dos resultados, nesta ordem.

Os critérios, qualitativos e quantitativos, coletam informações sobre o nível de conformidade de cada departamento, de cada serviço e de cada setor da organização hospitalar, cotejando-os com os padrões exigidos que reflitam a prática contemporânea.

Os parâmetros estão alicerçados em estudos consolidados em manuais de acreditação hospitalar; publicações de entidades e autores nacionais e internacionais; leis brasileiras; consensos internacionais; portarias, normas, resoluções e roteiros emanados do Ministério da Saúde do Brasil; códigos de ética e normas técnicas profissionais; princípios da administração hospitalar e práticas saudáveis de convivência social.

Os Indicadores das diferentes áreas hospitalares avaliam a edificação, equipamentos, gestão de pessoas, gestão da informação, humanização do cuidado, satisfação da clientela interna e externa, processos administrativos e operacionais e os resultados. A análise está essencialmente direcionada para os aspectos quantitativos, qualitativos, do estado de conservação, funcionalidade e identificação das criticidades.

A cada indicador é atribuído um porte de exigência que corresponde ao risco (ambiental, situacional, humano ou comportamental) inerente àquele critério e ao **grau de sua relevância** (valor, importância). Cada item com uma assertiva. Não existe item sem atributo.

Atributo (Atrib)

- Imprescindível (I)
- Necessário (N)
- Recomendável (R)

Imprescindíveis: (I) são critérios sem os quais não é possível oferecer o serviço previsto por não contemplarem requisitos fundamentais ao funcionamento das instituições de saúde e condições legais para o exercício profissional. Indispensável. Alto risco.

Necessários: (N) são critérios que apontam que a instituição adota boas práticas na organização da assistência hospitalar. Médio risco.

Recomendáveis: (R) são critérios que indicam que a instituição busca o padrão de excelência da assistência hospitalar. Baixo risco.

4.5 Questões éticas

Todo o estudo foi pautado nos pré-requisitos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. O mesmo aborda aspectos como: a relevância do tema, os objetivos, a metodologia aplicada, as vantagens e os riscos para a clientela exposta, assegurando a total confidencialidade sobre os resultados obtidos.

Todos os Especialistas envolvidos foram informados sobre o anonimato das respostas.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os dados apresentados nesse capítulo foram analisados de acordo com os conceitos descritos anteriormente. Nessa análise privilegiaram-se as dimensões da construção e validação de um Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência para Hospitais Pediátricos.

A validação deste estudo baseia-se nas respostas obtidas a partir da aplicação de questionários submetidos a vinte e seis Especialistas. Cada setor do hospital foi julgado por dois Especialistas (esp.), nominados esp. (2) e (3). As respostas foram comparadas com a da autora nominada esp. (1).

Os esp. (2) e (3) emitiram parecer sobre o grau de Relevância (Imprescindível, Necessário ou Recomendável), Pertinência das questões (Sim ou Não) e Clareza (Sim ou Não) sobre todas as 1.235 variáveis do estudo.

Houve um alto percentual de respostas efetivas, sendo o número de perguntas não respondidas insignificante.

Quando a concordância era de 100% foi dispensável a efetivação do teste. Colocando-se na tabela o sinal (-).

A tabela 1 mostra o modelo da **Gestão da Organização para Hospitais Pediátricos**.

A1. Missão - com 100% de concordância nos quesitos Pertinência e Clareza o que dispensou a efetivação do teste no caso do nº. 2. Os demais itens foram concordantes ($p>0,05$) entre os esp. (2) e (3) e a autora (1).

A2. Compromissos com o Paciente, seus Familiares e a Comunidade- Os esp. (2) e (3) foram discordantes entre si e com a autora (1), no item grau de Relevância. Quanto à Pertinência e Clareza são 100% concordantes.

TABELA 1 - Grupo A. Modelo da Gestão da Organização para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007

	Especialista		Especialista		Especialista	
	1 X 2		1 X 3		2 X 3	
	teste	p	teste	p	teste	p
A1 MISSÃO						
Relevância	– ¹	1,00	– ¹	1,00	– ¹	1,00
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	– ¹	1,00	– ¹	1,00
A2 COMPROMISSOS COM O PACIENTE, SEUS FAMILIARES E A COMUNIDADE						
Relevância	9,7 ²	0,008	9,8 ³	0,008	17,9 ²	0,0001
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–

Testes realizados: ¹- Fisher`s Exact Test ; ²- Pearson Chi-Square; ³-Likelihood Rattio.

A tabela 2 demonstra o **Modelo da Gestão da Assistência para Hospitais Pediátricos**.

B1. Unid. de Internação de Pediatria - o esp. (3) não concorda com a autora (1) e os esp. (2) e (3) discordam entre si no item grau de Relevância. O esp. (2) concorda com a autora no item grau de Relevância. Quanto à Pertinência e à Clareza tem-se 100% de concordância.

B2. Unid. de Tratamento Intensivo Pediátrico - a concordância foi satisfatória em todos os itens.

B3. Unid. de Cuidados Intermediários Pediátrica - o esp. (2) discorda da autora (1) no grau de Relevância. Os esp. (2) e (3) discordam entre si no grau de Relevância. O esp. (3) concorda com a autora (1) no grau de Rel. Quanto à Pertinência, esp. (2) e (3) concordam com a autora. No item Clareza houve 100% de consonância.

B4. Unid. de Tratamento Intensivo Neonatal - não concordam os esp. (2) e (3) entre si e no item grau de Relevância.

B5. Unid. de Cuidados Intermediários Neonatal - houve concordância em todos os itens entre os Especialistas.

B6. Centro Cirúrgico - esp. (2) discorda da autora (1) na Relevância.

B7. Unidade de Pós-Cirúrgico - o esp. (2) discorda da autora (1) e do esp. (3) no item Rel. As questões foram consideradas pertinentes e claras.

B8. Unidade de Assistência Imediata - esp. (2) discorda da autora (1) e do esp. (3) no item Rel. A autora (1) e o esp. (3) concordam entre si no mesmo item. O esp. (2) discorda da autora (1) e do esp. (3) no item Clareza.

TABELA 2 - Grupo B. Modelo da Gestão da Assistência para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007

	Especialista		Especialista		Especialista	
	1 X 2		1 X 3		2 X 3	
	teste	p	teste	p	teste	p
B1 UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PEDIATRIA						
Relevância	0,38 ²	0,826	14,16 ²	0,001	15,79 ²	0,0001
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	—	—	—	—
B2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO						
Relevância	3,99 ²	0,136	1,60 ²	0,449	0,75 ²	0,687
Pertinência	1,39 ³	0,238	1,39 ³	0,238	0,00 ³	1,000
Clareza	1,46 ³	0,226	—	—	1,46 ³	0,226
B3 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS PEDIÁTRICA						
Relevância	6,42 ²	0,040	0,78 ²	0,676	11,25 ²	0,004
Pertinência	1,39 ³	0,238	—	—	1,39 ³	0,238
Clareza	—	—	—	—	—	—
B4 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL						
Relevância	3,47 ²	0,177	1,00 ²	0,606	7,95 ²	0,019
Pertinência	1,40 ²	0,238	2,36 ²	0,125	0,00 ²	1,000
Clareza	1,41 ³	0,235	—	—	1,39 ³	0,238
B5 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL						
Relevância	4,85 ²	0,088	4,66 ²	0,097	5,35 ²	0,069
Pertinência	3,34 ²	0,068	1,44 ²	0,230	2,62 ²	0,105
Clareza	2,81 ³	0,093	5,39 ²	0,020	1,45 ²	0,228
B6 CENTRO CIRÚRGICO						
Relevância	10,77 ²	0,005	0,19 ²	0,911	8,96 ²	0,011
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	1,37 ²	0,243	1,37 ²	0,243	0,00 ²	1,000
B7 UNIDADE DE PÓS-CIRÚRGICO						
Relevância	10,82 ³	0,004	0,11 ²	0,945	9,43 ³	0,009
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	1,40 ³	0,235	—	—	1,40 ³	0,235
B8 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA IMEDIATA (Urgência e Emergência)						
Relevância	28,42 ²	0,0001	0,69 ²	0,706	30,21 ²	0,0001
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	14,37 ²	0,0001	—	—	14,37 ²	0,0001

Testes realizados: ²- Pearson Chi-Square; ³-Likelihood Rattio.

A tabela 3 demonstra o **Modelo de Gestão de Diagnose e Terapia para Hospitais Pediátricos**.

C1. Laboratório - os esp. (2) e (3) não concordam entre si, no item Relevância. Todos os outros itens são concordantes.

C2. Diagnóstico por Imagem - o esp. (3) não concorda com a autora (1) e os esp. 2 e 3 entre si, no item grau de Relevância. Quanto à Pertinência e à Clareza houve 100% de respostas iguais entre os observadores.

C3. Métodos Gráficos - o esp. (3) não concorda com a autora (1) e os esp. (2) e (3) entre si, no item grau de Relevância. Quanto à Pertinência e à Clareza indicou 100% de concordância.

C4. Unidade de Anatomia Patológica - Todos são concordantes no item graus de Relevância. Quanto à Pertinência e à Clareza assinalou 100% de consonância.

C5. Agência Transfusional – AT - o esp. (3) não concorda com a autora (1) e os esp. (2) e (3) entre si, no item grau de Relevância. Quanto à Pertinência e à Clareza obtiveram 100% das respostas similares entre os esp. (2) e (3) entre si e entre esses e a autora (1).

C6. Unidade de Coleta e Transfusão – UCT - o esp. (3) não concorda com a autora (1) e os esp. (2) e (3) entre si, no item grau de Relevância. Quanto à Pertinência e à Clareza demonstrou 100% de concordância entre os esp. (2) e (3) entre si e entre esses e a autora (1).

TABELA 3 - Grupo C. Modelo da Gestão de Diagnose e Terapia para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007

	Especialista		Especialista		Especialista	
	1 X 2		1 X 3		2 X 3	
	teste	p	teste	p	teste	p
C1 LABORATÓRIO						
Relevância	3,52 ²	0,172	4,07 ²	0,124	9,84 ²	0,007
Pertinência			1,39 ³	0,237	1,39 ³	0,237
Clareza	2,82 ³	0,093	2,82 ³	0,093	0,00 ³	1,000
C2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM						
Relevância	4,37 ²	0,112	53,35 ²	0,0001	65,33	0,0001
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	—	—	—	—
C3 MÉTODOS GRÁFICOS						
Relevância	1,49 ³	0,474	6,89 ³	0,032	6,29 ³	0,043
Pertinência		1,000	—	—		1,000
Clareza	2,87 ³	0,090	—	—	2,87 ³	0,090
C4 UNIDADE DE ANATOMIA PATOLÓGICA						
Relevância	0,21 ²	0,900	2,92 ²	0,232	4,52 ²	0,105
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	—	—	—	—
C5 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - AT						
Relevância	2,46 ²	0,292	9,27 ³	0,010	18,99 ³	0,0001
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	—	—	—	—
C6 UNIDADE DE COLETA E TRANSFUÇÃO – UCT						
Relevância	1,29 ²	0,525	26,36 ³	0,0001	28,74 ²	0,0001
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	—	—	—	—

Testes realizados: ²- Pearson Chi-Square; ³- Likelihood Rattio.

A tabela 4 apresenta o **Modelo da Gestão das Áreas Técnicas para Hospitais Pediátricos**.

D1. Farmácia - todos os esp. foram concordantes ($p > 0,05$) em todos os itens. Houve 100% de concordância em Pertinência dos quesitos e Clareza na relação do esp. (3) com a autora (1).

D2. Nutrição e Dietéticos - todos os esp. foram concordantes ($p > 0,05$) em todos os itens. Aconteceram 100% de concordância nos quesitos Pertinência e Clareza na relação do esp. (2) com a autora (1).

D3. Controle de Infecções Hospitalares - os esp. (2) e (3) discordam entre si na Rel. e Clareza. O esp. (3) discorda da autora (1) e do esp. (2) na Clareza.

D4. Informação do Paciente - em todos os itens os esp. foram concordantes ($p>0,05$). Quanto à Pertinência e à Clareza, a concordância foi 100%.

D5. Estatística - os esp. (2) e (3) não concordam entre si no item grau de Relevância. Quanto à Pertinência e Clareza apontou para 100% de respostas iguais.

D6. Necrotério - os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Quanto à Pertinência e à Clareza foram verificados 100% de consonância respostas.

TABELA 4 - Grupo D. Modelo da Gestão das Áreas Técnicas para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007

	Especialista		Especialista		Especialista	
	1 X 2		1 X 3		2 X 3	
	teste	p	teste	p	teste	p
D1 FARMÁCIA						
Relevância	0,06 ²	0,972	0,77 ²	0,679	0,55 ²	0,761
Pertinência			–	–		
Clareza	2,82 ³	0,093	–	–	2,77 ³	0,96
D2 NUTRIÇÃO E DIETÉTICA						
Relevância	0,11 ²	0,947	5,38 ²	0,068	6,59 ²	0,037
Pertinência	–	–	1,40 ³	0,237	1,40 ³	0,237
Clareza	–	–	1,43 ³	0,232	–	–
D3 CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES - CCIH						
Relevância	5,88 ²	0,053	0,08 ²	0,963	7,11 ²	0,029
Pertinência	1,47 ²	0,225	2,84 ³	0,092	0,29 ³	0,589
Clareza	1,47 ³	0,225	7,86 ²	0,005	4,74 ²	0,030
D4 INFORMAÇÃO DO PACIENTE						
Relevância	2,66 ²	0,264	1,02 ³	0,602	1,11 ³	0,574
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–
D5 ESTATÍSTICA						
Relevância	2,07 ²	0,354	4,17 ³	0,124	6,22 ³	0,045
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–
D6 NECROTÉRIO						
Relevância	– ¹	0,650	3,05 ³	0,218	4,19 ³	0,123
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–

Testes realizados: ¹- Fisher`s Exact Test ; ²- Pearson Chi-Square; ³-Likelihood Rattio.

A tabela 5 exibe o **Modelo da Gestão das Áreas de Processamento e Abastecimento para Hospitais Pediátricos**.

E1. Processamento de Materiais e Esterilização - o esp. (2) não concorda com a autora (1) no item grau de Relevância. O esp. (3) não concorda com a autora (1) e com o esp. (2) e (3) no item Clareza. Os demais itens são concordantes. Ressalte-se 100% de concordância nos itens Pertinência e Clareza na comparação com as respostas do Esp. (2) com a autora (1).

E2. Processamento de Roupas – Lavanderia - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Quanto à Clareza tem-se 100% de concordância entre todos os esp. e em Pertinência na relação na relação do esp. (2) com a autora (1).

TABELA 5 - Grupo E. Modelo da Gestão das Áreas de Processamento e Abastecimento para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007.

	Especialista		Especialista		Especialista	
	1 X 2		1 X 3		2 X 3	
	teste	<i>p</i>	teste	<i>p</i>	teste	<i>p</i>
E1 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO						
Relevância	6,73 ³	0,035	0,49 ³	0,780	4,59 ³	0,101
Pertinência	—	—	1,40 ³	0,236	1,40 ³	0,236
Clareza	—	—	4,30 ³	0,038	4,30 ³	0,038
E2 PROCESSAMENTO DE ROUPAS – LAVANDERIA						
Relevância	3,06 ²	0,217	0,24 ²	0,887	3,84 ²	0,147
Pertinência	—	—	1,40 ³	0,236	1,40 ³	0,236
Clareza	—	—	—	—	—	—

Testes realizados: ²- Pearson Chi-Square; ³-Likelihood Rattio.

A tabela 6 mostra o **Modelo da Gestão de Pessoas para Hospitais Pediátricos**.

F1. Gestão de Recursos Humanos - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Destaca-se 100% de concordância nos itens Pertinência e em Clareza do esp. (2) na comparação com a autora (1).

F2. Serviço Social - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Ressalte-se 100% de concordância nos itens Pertinência e Clareza dos esp. (2) e (3) na relação com a autora (1) e entre si.

F3. Biblioteca/ Centro de Estudos / Ensino / Pesquisa - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Sobressai-se aqui 100% de concordância nos itens Pertinência e em Clareza na relação do esp. (2) com a autora (1).

TABELA 6 - Grupo F. Modelo da Gestão de Pessoas para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007

	Especialista		Especialista		Especialista	
	1 X 2		1 X 3		2 X 3	
	teste	p	teste	p	teste	p
F1 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS						
Relevância	0,19 ³	0,909	4,86 ³	0,088	3,79 ³	0,150
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	1,42 ³	0,234	1,42 ³	0,234
F2 SERVIÇO SOCIAL						
Relevância	1,30 ³	0,520	0,0001 ³	1,000	1,30 ³	0,520
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	—	—	—	—
F3 BIBLIOTECA/ CENTRO DE ESTUDOS / ENSINO / PESQUISA						
Relevância	1,00 ²	0,607	1,55 ²	0,460	0,14 ²	0,931
Pertinência	—	—	—	—	—	—
Clareza	—	—	1,42 ³	0,234	1,42 ³	0,234

Testes realizados. ¹- Fisher`s Exact Test ; ²- Pearson Chi-Square; ³-Likelihood Rattio.

A tabela 7 demonstra o **Modelo da Gestão de Áreas Administrativas e Apoio para Hospitais Pediátricos**.

G1. Liderança e Administração - o esp. (2) não concorda com a autora (1) no item grau de Relevância, enquanto o esp. (3) está consonante com a autora (1) no mesmo item. Destaca-se 100% de concordância nos itens Pertinência e Clareza com os esp. (2) e (3) quando comparado com a autora (1) e entre si.

G2. Documentação - discordam os esp. (2) e (3) com a autora no item grau de Relevância e concordam entre si. Ressalte-se 100% de concordância nos itens Pertinência e Clareza com os esp. (2) e (3) na relação com a autora (1) e entre si.

G3. Manutenção - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Evidencia-se 100% de concordância nos itens Pertinência e Clareza do esp. (2) na relação com a autora (1).

G4. Segurança Geral - os esp. (2) e (3) não concordam entre si no item grau de Relevância. Ambos concordam com a autora (1) no referido item. Nota-se 100% iguais às respostas nos itens Pertinência e Clareza dos esp. (2) e (3) no cotejamento com o respondido pela autora (1) e entre si.

G5. Segurança e Saúde Ocupacional - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Observe-se 100% de concordância nos itens Pertinência e Clareza com os esp. (2) e (3) na relação com a autora (1) e entre si.

G6. Acesso e Caminhos de Circulação - o esp. (3) não concorda com a autora (1) no item grau de Relevância. Todos os esp. foram consonantes ($p>0,05$) nos outros itens.

G7. Sistema Elétrico - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Saliente-se 100% de concordância nos itens Clareza com os esp. (2) e (3) nos resultados quando comparado com o da autora (1) e entre si e no item Pertinência na relação do esp. (2) com a autora (1).

G8. Gestão dos Dejetos dos Resíduos e da Água - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Destaca-se 100% de concordância no item Pertinência e em Clareza quando cotejado o esp. (2) com a autora (1).

G9. Limpeza e Zeladoria - todos os esp. foram concordantes ($p>0,05$) em todos os itens. Evidencia-se 100% de concordância no item Pertinência com os esp. (2) e (3) na comparação com a autora (1) e entre si.

TABELA 7 - Grupo G. Modelo de Gestão de Áreas Administrativas e Apoio para Hospitais Pediátricos, Fortaleza-CE, 2007

	Especialista		Especialista		Especialista	
	1 X 2		1 X 3		2 X 3	
	teste	p	teste	p	teste	p
G1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO						
Relevância	10,94 ³	0,004	1,83 ³	0,400	4,75 ²	0,093
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–
G2 DOCUMENTAÇÃO						
Relevância	– ¹	0,001	– ¹	0,001	–	–
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–
G3 MANUTENÇÃO						
Relevância	1,29 ²	0,524	1,33 ²	0,514	1,44 ²	0,486
Pertinência	–	–	1,42 ³	0,233	1,42 ³	0,233
Clareza	–	–	1,42 ³	0,233	1,42 ³	0,233
G4 SEGURANÇA GERAL						
Relevância	3,76 ²	0,153	3,27 ²	0,195	10,844	0,004
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–
G5 SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL						
Relevância	2,85 ²	0,241	0,10 ³	0,951	2,40 ²	0,301
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	–	–	–	–
G6 ACESSO E CAMINHOS DE CIRCULAÇÃO						
Relevância	0,88 ³	0,644	6,14 ³	0,047	4,03 ³	0,133
Pertinência	1,42 ³	0,233	3,07 ³	0,080	0,46 ³	0,498
Clareza	1,42 ³	0,233	3,07 ³	0,080	0,46 ³	0,498
G7 SISTEMA ELÉTRICO						
Relevância	– ¹	1,000	3,45 ³	0,178	3,09 ³	0,214
Pertinência	–	–	– ¹	1,000	– ¹	1,000
Clareza	–	–	–	–	–	–
G8 GESTÃO DOS DEJETOS DOS RESÍDUOS E DA ÁGUA						
Relevância	0,77 ²	0,680	0,13 ²	0,993	0,96 ²	0,620
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	–	–	2,91 ³	0,088	2,84 ³	0,092
G9 LIMPEZA E ZELADORIA						
Relevância	4,45 ³	0,108	3,05 ³	0,217	0,88 ²	0,347
Pertinência	–	–	–	–	–	–
Clareza	1,42 ³	0,234	2,84 ³	0,092	1,42 ³	0,234

Testes realizados: ¹- Fisher`s Exact Test ; ²- Pearson Chi-Square; ³-Likelihood Rattio.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O hospital é uma organização muito complexa e a sua missão é singular, o que leva os gestores, gerentes e mantenedores a: preocupação permanente com o aprimoramento da qualificação técnico-científica dos seus profissionais, minimização de riscos para usuários e meio ambiente, incorporação de tecnologia, uso eficiente dos recursos financeiros e administração voltada para os resultados. É pertinente a incessante busca do aprimoramento dos processos, com vistas à recuperação da saúde, à satisfação dos clientes e à integração de todos os seus setores da instituição. A assistência deve ser humanizada (SBP) e o hospital deve funcionar como parte integrante de uma rede local de estabelecimentos de saúde.

Diante dessa visão, o estudo contemplou variáveis representativas da estrutura, do acesso, do respeito aos direitos do pacientes, do custo, da humanização e, em suma, da qualidade da assistência prestada nos hospitais de pediatria. Considerou-se que todos esses aspectos são de interesse das pessoas, que começam a encetar a luta pela cidadania, antevendo a saúde com qualidade, como um direito do cidadão.

Após análise dos componentes principais do estudo, constatou-se cento e quarenta e dois (65,74%) testes com concordância de 100% dos quesitos, tanto dos Especialistas 2 e 3 com a autora (1), como entre si, nos itens Pertinência e Clareza das questões, dispensando inclusive o teste.

É importante salientar que, apenas em três setores houve questões consideradas redigidas sem Clareza segundo os observadores. Ressalte-se que, em nenhuma das ocasiões foi argumentado que as questões estavam escritas sem que se pudesse apreender o significado pelos dois especialistas no mesmo setor.

Destaca-se ainda, que não houve discordância no quesito Pertinência. Todos os quesitos foram considerados pertinentes pelos especialistas avaliadores.

Note-se que a discordância mais presente entre os especialistas e a autora foi sobre o **grau de Relevância**, isto é, se a questão é colocada como: Imprescindível, Necessário ou Recomendável, dentro do contexto hospitalar pediátrico. Dos trinta e seis setores avaliados por dois especialistas cada, o que correspondeu a setenta e duas avaliações, houve dezessete discordâncias com a autora, referente ao grau de relevância das questões (23,61%). Na análise destas não conformidades, observou-se apenas em dois momentos a coincidência da discordância com a autora pelos dois observadores: em A2 (Compromissos com o Paciente, seus Familiares e a Comunidade), e G2 (Documentação). Observe-se que A2 tem dezoito indicadores e G2, dez indicadores. A soma dos indicadores divergentes com a autora, segundo o grau de relevância, foi de vinte e oito indicadores, logo correspondendo a 2,26%. E mais, em A2 foram verificadas discrepâncias entre os especialistas 2 e 3 entre si e com a autora (1), no grau de Relevância. A falta de consenso atribui-se a particularidades relativas aos sujeitos, diga-se subjetividade. Em G2 foi a única oportunidade na qual foram verificadas discordâncias dos especialistas 2 e 3 com a autora (1) no grau de Relevância e consonância entre si, envolvendo dez indicadores (1,23%). Tem-se aqui um indicativo de uma não conformidade. Nas outras quinze ocasiões só um especialista discordou da autora, ficando os demais com o valor de $p > 0,05$. O fato vem ao encontro da argumentação da autora de que o julgamento da variável agrega grande componente subjetivo e a frequência não afeta, portanto a qualidade da pesquisa. Invoca-se aqui a definição de validade de conteúdo de Hulley, Martin e Cumming (2001, p. 63), para os quais existem dois componentes. Um dos quais, a validade aparente (*face validity*), é um julgamento subjetivo sobre se a medida faz sentido, se é razoável. O conceito é fortalecido pela opinião de Geri LoBiondo-Wood e Udith Haber (2001, p.188), que diz que a preocupação do pesquisador na validade de conteúdo é que a “ferramenta de medição e as questões que ela contém são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir”.

A propósito, vale lembrar o que diz Hulley e Cummings (1988) in Sanches (1999) sobre a validade de conteúdo, que apesar de ser uma avaliação basicamente subjetiva, com um bom julgamento, essa modalidade de validação pode ser satisfatória.

O estudo foi iniciado com um mil e duzentos e trinta e cinco (1.235) indicadores. Submetido aos vinte e seis especialistas, sofreu algumas modificações, tais como mudança na redação, tornando algumas questões mais inteligíveis (correção ortográfica e mudança de estilo), supressão de indicadores, atualização, o que resultou inclusive na redução do número de indicadores para um mil e duzentos e vinte e seis (1.226). Questões cujos resultados da análise discrepavam, retornaram aos juízes, agora em conjunto, objetivando a discussão e a obtenção de um consenso. O fato aconteceu com dois observadores, na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Este instrumento tem uma lógica diferente do Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), instrumento de avaliação desenvolvido para apreciar a qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Esse é assentado em padrões de complexidade crescente em três níveis, do mais simples ao mais complexo, embasado no princípio do tudo ou nada, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido. No instrumento ora construído, como lá, os padrões avaliam a estrutura, o processo e o resultado, só que, aqui, eles são descritos com todos os parâmetros e, naquele, existe itens de orientação que permitem auxiliar na identificação do que se busca avaliar. O método é diferente, embora os padrões do Manual da ONA (2006) estejam contidos nesta ferramenta de avaliação.

Os resultados da amostra global são condizentes com os esperados pela autora. O instrumento elaborado reflete uma gestão hospitalar que prioriza a implantação de um Programa de Qualidade e prepara-se para a excelência na prestação de serviço, em conformidade com as crescentes exigências da comunidade, que tem plena percepção das responsabilidades e da necessidade de condução ética pelos seus dirigentes.

Foi considerado, ainda, o custo benefício das ações, em que as diretrizes administrativas devem se voltar para o máximo resultado com os escassos recursos disponíveis, prevendo serviços mais acessíveis e com qualidade garantida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os documentos, objeto da análise, detinham conteúdos relevantes sobre aspectos conceituais e metodológicos inerentes à pesquisa qualitativa e quantitativa nos serviços de saúde. A leitura foi decisiva na ampliação do conhecimento sobre: **a)** visões conceituais sobre avaliação e sua aplicabilidade nos serviços de saúde; **b)** compreensão do que é avaliação normativa e pesquisa avaliativa; **c)** o que é qualidade nos serviços de saúde e suas concepções, sob o ponto de vista do cliente interno e externo; **d)** como construir, selecionar e analisar indicadores; **e)** como e por que humanizar a assistência hospitalar; **f)** como validar o instrumento.

Foram ainda de grande valia as orientações apreendidas, de que: os que decidem devam estar implicados na definição dos problemas e sejam periodicamente informados sobre os resultados obtidos na avaliação; o avaliador exerça o papel de agente facilitador e pedagógico; as informações extraídas de uma avaliação sejam consideradas como uma ferramenta para implementação da qualidade dos serviços e passíveis de discussão, e nunca uma verdade absoluta.

Diante dessa nova visão é de grande relevância social a elaboração de um instrumento de avaliação com foco no processo, e não só na identificação de erros e no resultado não alcançado. Conhecer e acompanhar o processo diminui a incidência de erros e o retrabalho, o que conseqüentemente reduzem os custos e incrementam a produtividade e a satisfação dos usuários.

Conclui-se que a construção e a validação de um instrumento de avaliação se mostram de grande valia para os gestores; administradores hospitalares e profissionais da área de controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde, em distintos contextos hospitalares.

O entendimento é de que a avaliação é parte fundamental na gestão dos serviços de saúde, logo a aplicabilidade do estudo é patente, prescindindo apenas do treinamento dos agentes aplicadores da ferramenta, motivação dos avaliados e aquiescência dos gestores da instituição.

Existe vasta bibliografia sobre o assunto, podendo os interessados no tema ampliar em muito as recomendações aqui apresentadas.

GLOSSÁRIO

GLOSSÁRIO

Acreditação	Método de avaliação de hospitais, que tem como finalidade garantir a qualidade de atendimento nos Serviços de Saúde. Significa ter boa reputação, merecer crédito, ser digno de confiança.
Adequação	É a suficiência dos serviços em relação à necessidade e à demanda.
Aferição	Conjunto de operações especificadas pelo fabricante de um instrumento para serem efetuadas antes de sua utilização.
Alimentação Enteral	Processo de tratamento nutricional por via enteral.
Anamnese	É uma palavra de origem grega, <i>anamnesis</i> , que significa recordar. Na prática clínica, a anamnese consiste na rememoração dos eventos pregressos relacionados à saúde e na identificação dos sintomas e sinais atuais, no intuito principal de fazer entender com maior precisão possível a história da doença atual.
Anti-sepsia	É a destruição ou inibição do desenvolvimento de microrganismos da pele e mucosas pela aplicação de produtos químicos denominados anti-sépticos.
APACHE II	A palavra APACHE é um acrônimo de <i>Acute Physiologic and Chronic Health Evolution</i> . Objetiva quantificar a severidade de uma condição clínica em paciente adulto e, a partir deste valor, estimar a mortalidade. O sistema foi desenvolvido por William A. Knaus e colaboradores em 1981. Em 1985, após revisão e simplificação, o índice passou a denominar-se APACHE II.
Área de Circulação Restrita	Área de circulação para um grupo autorizado de pessoas, em um determinado setor do hospital.
Assepsia	Processo pelo qual se consegue impedir a penetração de germes patogênicos em local que não os contenha.
Barreira de Contaminação	Procedimento utilizado no processamento de roupas na lavanderia, evitando a mistura de roupas sujas com a limpa.
Blindagem	Material radiopaco, colocado entre a fonte de radiação e as pessoas, equipamentos, etc. de modo a proporcionar proteção contra a radiação ionizante.

Bombas de Infusão	Equipamento utilizado para a administração medicamentos injetáveis endovenosos, alimentação parenteral e enteral.
Capacitação	Treinamento profissional para habilitação em atividade específica.
Cardioversor	Equipamento utilizado para reverter e regularizar o ritmo cardíaco alterado.
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. São obrigadas a manter a CIPA as empresas privadas e públicas (incluindo os hospitais) que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). É regulamentada legalmente pela Portaria 3214/78, Ministério do Trabalho. Instrumento que os trabalhadores e as empresas dispõem para tratar da prevenção de acidentes e das condições do ambiente de trabalho.
Cliente Externo	São aqueles que não pertencem à instituição, que utilizam seus serviços ou compram seus produtos. São os pacientes e seus familiares.
Cliente Interno	São pessoas da própria instituição, que necessitam dos serviços que ela executa. Os funcionários das diferentes áreas do hospital são clientes internos uns dos outros.
Climatização	Sistemas que mantém os ambientes dentro de uma temperatura confortável aos seus usuários.
Conformidade	É o que está de acordo com o que foi estabelecido.
Corpo Clínico	Médicos que participam das atividades técnicas do Hospital.
CRIB	A palavra CRIB é um acrônimo de <i>Clinical Risk Index for Babies score</i> . Objetiva quantificar a severidade de uma condição clínica em paciente neonatal.
Demanda	É a quantidade de bens ou serviços que um determinado mercado é procurado pelos consumidores para satisfazer suas necessidades.
Descontaminação	Processo de tornar qualquer objeto ou região segura para o contato de pessoas não protegidas, fazendo inócuos os agentes químicos ou biológicos, suprimindo ou amortecendo os agentes radiológicos.
Desfibrilador	Equipamento utilizado para converter uma fibrilação cardíaca em ritmo sinusal, pela aplicação de corrente elétrica através do corpo humano.

Desinfecção	É o processo que elimina todos os microrganismos na forma vegetativa, potencialmente patogênicos, mediante aplicação de meios físicos e químicos.
Dosímetro	Equipamento usado em serviços que trabalham com fontes de radiações (Radiologia, Medicina Nuclear etc.). Determina o grau de contaminação do profissional em relação à radiação.
Educação Alimentar	Processo pelo qual o Serviço de Nutrição orienta os pacientes em relação às necessidades dietéticas e às diversas dietas.
Efetividade	(<i>effectiveness</i>) O grau no qual a atenção à saúde é realizada.
Eficácia	(<i>efficacy</i>) A habilidade do cuidado, no seu máximo, para incrementar saúde.
Eficiência	(<i>efficiency</i>) A habilidade de obter o máximo de saúde com um mínimo custo.
EPI	Equipamento de Proteção Individual. Faz parte do Serviço de Segurança Ocupacional.
Equidade	É a distribuição de um bem ou serviço de acordo com os objetivos e as necessidades de saúde sentidas pela população, ou é a conformidade a um princípio que determina o que é certo e justo na distribuição dos cuidados à saúde e de seus benefícios entre os membros de uma população. É a igualdade na distribuição dos cuidados.
Esterilização	Destruição ou eliminação total de todos os microrganismos. Estratégia – Arte gerencial de posicionar os meios disponíveis de uma empresa visando manter ou melhorar posições relativas e potenciais favoráveis a futuras ações táticas.
Estrutura	A estrutura abrange recursos físicos (edificação, instalação e equipamento), recursos humanos (qualidade e quantidade de pessoal), recursos econômicos financeiros e organização da instituição.
Fluxo Laminar	Equipamento para o manuseio de soluções parenterais, de uso endovenoso, que promove a proteção das substâncias durante o processo de manipulação, preservando as características microbiológicas originais (esterilidade e apirogenicidade).
Gás comprimido	Qualquer gás ou mistura tendo, no recipiente, pressão absoluta que exceda 2,8 Kgf/cm ² (40 psia) a 21° C (70°F) ou que, independentemente da pressão a 21°C, tenha uma pressão absoluta que exceda 73 Kgf/cm ² a 54,4°C.

Gestão de Pessoas	Setor do hospital que controla a vida funcional de todos os empregados da Instituição.
Hemocomponentes	Substâncias obtidas da separação do sangue total, em Serviços de Hemoterapia, com o objetivo terapêutico.
Hemodinâmica	O estudo dos movimentos do sangue e das forças associadas ao sistema sanguíneo.
Hospital de Referência	Instituição com capacidade resolutiva para uma (quando especializado) ou mais patologias, que atende a outros hospitais de sua abrangência.
IH	Infecção Hospitalar é a infecção adquirida após a admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.
Indicadores	Parâmetros que determinam o desempenho das atividades, processos e resultados de uma unidade de saúde.
Intercorrência	Ocorrência de outras doenças ou acidentes concomitantes a uma enfermidade, sem ligação com a mesma.
Investigação epidemiológica	Procedimento através do qual se obtém informação complementar sobre um ou mais casos de determinada doença para estabelecer a fonte, o mecanismo e as medidas de controle.
Itens de Verificação	Itens pontuais que mostram as fontes de informação para os visitantes realizarem o trabalho de avaliação hospitalar para sua acreditação.
Manual de Rotinas e Procedimentos	Manuais que contêm as normas de procedimentos e de funcionamento de um setor do hospital.
Nutrição Parenteral	Método de tratamento através de nutrientes injetáveis, para portadores de insuficiência nutricionais conseqüente a síndromes consuptivas e degenerativas.
Nutrientes	Elementos que contém os componentes necessários para o preenchimento de uma nutrição adequada.
Otimização	É a relação mais favorável entre o custo e o benefício.
Padronização	É a seleção conveniente de materiais e procedimentos que, de forma obrigatória, devem ser usados em uma organização de cuidados médicos.

Parâmetro	Elemento cuja variação de valor modifica a solução de um problema sem alterar sua natureza. Medida derivada da população do universo e não de uma amostra.
Plantão Ativo	Presença do profissional na Instituição, durante o tempo que lhe for determinado.
Política	É uma afirmação escrita das ações requeridas para orientar um processo de uma decisão.
Processo	É o conjunto de atividades, geradas pelos recursos, que transforma insumos em produtos. É um conjunto de causas que provoca um ou mais efeitos. No meio hospitalar, é tudo o que se faz com o paciente do momento da admissão (causa) até a alta (efeito). Isto inclui as atividades do paciente em procurar cuidados e também atividades dos profissionais em fazer diagnósticos e implementar tratamentos, e ainda procedimentos administrativos. Para que se possa gerenciar de fato um processo é necessário medir seus efeitos.
Produtividade	É o quociente entre o que uma empresa produz (output) e o que ela consome (input). Produtividade é sinônimo de valor agregado. A produtividade pode ser calculada por uma das fórmulas seguintes: $P = \text{valor produzido} / \text{valor consumido}$; $P = \text{qualidade} / \text{custos}$; $P = \text{faturamento} / \text{custos}$.
Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade	Programa interno da Instituição para a garantia da continuidade da qualidade e produtividade.
Protocolos Clínicos	Rotinas técnicas sistematizadas e que devem ser observadas em determinada situação clínica, atividade ou especialidade médica
PRISM	a palavra PRISM é um acrônimo de " <i>Pediatric Risk of Mortality</i> ". Objetiva quantificar a severidade de uma condição clínica em paciente pediátrico e, a partir deste valor, estimar a mortalidade desenvolvida por Pollack, M. M. <i>ECT al.</i> m 1988.
PSI	Índice de estabilidade fisiológica (<i>Physiologic Stability Index</i>). Objetiva quantificar a severidade de uma condição clínica em paciente neonatal e, a partir deste valor, estimar a mortalidade. Adaptado por Georgieff M. K. <i>et al.</i> em 1989.

Qualidade	Aplicação apropriada do conhecimento disponível, bem como da tecnologia, no cuidado da saúde. Denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados, incluindo eficácia, eficiência, efetividade, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.
Resíduo Sólido	É aquele que por sua quantidade, concentração, estado físico, químico ou característica infecciosa, possa causar ou contribuir de forma significativa para aumentar a mortalidade ou incrementar doenças incapacitantes ou irreversíveis. Pode, ainda, apresentar risco potencial para a saúde humana ou ambiente, quando imprópriamente tratado, armazenado ou transportado.
Resultado	É a expressão dos efeitos produzidos pelos cuidados no status de saúde do paciente ou da população e no grau de satisfação do paciente.
Risco	É uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos. Esses danos podem ser lesões a pessoas, a equipamentos, a instalações, ao meio ambiente, perdas materiais ou redução da capacidade de produção. Pode significar também a incerteza quanto a determinado evento ou a chance de perda de uma empresa devido a acidentes.
Rotinas Operacionais	Descrevem as diversas etapas de um processo de produção. Definem quem faz o quê.
Segurança (<i>Safety</i>)	É freqüentemente definida como isenção de riscos. É o antônimo de Perigo
SESMT	Serviço Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. São obrigadas a manter o SESMT as empresas privadas e públicas (incluindo os hospitais) que possuem empregados regidos pela CLT.
Sinais Vitais	Informações sobre a condição clínica básica do paciente, internado ou em ambulatório (pressão arterial, pulso, temperatura etc.).
Sistema de Referência	Sistema de referência hospitalar para onde os pacientes são encaminhados quando o grau de complexidade de sua patologia for considerado acima ou abaixo da capacidade resolutiva do hospital onde se encontra.
Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares VEIH	metodologia para identificação e avaliação sistemática das causas de infecção hospitalar, em um grupo de pacientes submetidos a tratamento e ou procedimentos hospitalares, visando à prevenção e a redução da incidência de infecção hospitalar.

Tecnologia	É a aplicação sistemática do conhecimento organizado, científico ou não, para tarefas práticas. É qualquer instrumento ou técnica, qualquer produto ou processo, qualquer equipamento físico ou método elaborado, pelo qual a capacidade humana é ampliada. São drogas, próteses e procedimentos clínicos e cirúrgicos usados em medicina e os sistemas organizacionais de suporte, dentro quais tais cuidados são providos.
Treinamento	É o processo utilizado para modificar o comportamento. Existem três objetivos básicos para qualquer programa de treinamento: a) aquisição de conhecimento; b) desenvolvimento de perícia; c) desenvolvimento e/ou modificação de atitudes.
Treinamento Sistemático	Programas de treinamento sistematizado para todos os funcionários, desde a sua admissão.
Unidade de Sangue	Bolsa contendo sangue ou hemocomponentes pronta para transfusão ao paciente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 321: proteção radiológica - regras práticas de proteção contra raios-X para fins médicos. Rio de Janeiro, 1971.

_____. NB95: ruídos aceitáveis/ Rio de Janeiro, 1966. Disponível em: <<http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/utilizacao-creppe.doc>>. Acesso em: 14 set. 2005.

_____. NBR10152: níveis de ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro, 1990. Disponível em: <<http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/utilizacao-creppe.doc>> Acesso em: 14 set. 2005.

_____. NBR 10520: informação e documentação: apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Programa de controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 257 p.

BARROS, C.D.A.C. **Excelência em serviços**: Questão de sobrevivência no mercado. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1996. 152 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003. 19 p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia: Resolução RDC n. 151, de 21 de agosto de 2001. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF, 2001.

_____. **Aprova o regulamento técnico para fixar requisitos mínimos exigidos para terapia de nutrição enteral**: resolução - RDC n. 63, de 06 de julho de 2000. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 14 set. 2005.

_____. **Aprova o regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências**: portaria n. 453, de 01 de junho de 1998. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/>> Acesso em 28 set. 2005.

_____. **Consulta pública n. 3 de 07 de julho de 2005**. Submete um plano estadual de atenção ao paciente crítico. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.htm>> Acesso em: 14 set. 2005.

_____. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências. Portaria n. 479, de 15 de abril de 1999. **Diário Oficial [da União]**; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea:** resolução - RDC n. 153, de 14 de junho de 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 22 set. 2005.

_____. **Determina que o paciente hospitalizado tenha seu Médico Assistente.** Resolução n. 1493 de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF, Conselho Federal de Medicina. 1998, p. 106.

_____. **Dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular.** Resolução n. 1490 de 13 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF, Conselho Federal de Medicina. 1998, p. 174.

_____. **Dispõe sobre a composição da equipe médica básica das unidades de tratamento intensivo neonatal:** portaria n. 332, 24 mar. 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 24 set. 2005.

_____. **Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no sistema nacional de vigilância sanitária, altera o regulamento técnico aprovado pela RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências:** resolução - RDC n. 189, de 07 de dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 14 set. 2005.

_____. **Dispõe sobre o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde:** resolução - RDC n. 306, 07 dez. 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 14 set. 2006.

_____. **Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde:** resolução - RDC n. 50, 21 fev. 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 14 set. 2005.

_____. **Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, alterando as considerações; o regulamento técnico da Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002:** resolução - RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Disponível em: <http://www.iqg.com.br/> Acesso em: 21 set. 2005.

_____. **Dispõe sobre regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação:** resolução RDC n. 216, de 15 de setembro de 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 24 set. 2005.

_____. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos:** Resolução RDC n. 302, de 13 de outubro de 2005. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF, 2005.

_____. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo-UTI:. Portaria n. 3432, 12 de agosto de 1998. **Diário Oficial da [União]**. Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das comissões de ética médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. Revoga-se a Resolução CFM n. 1.215/85. Resolução 1657 de 19 de dezembro de 2002. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF, Conselho Federal de Medicina, 2002, p. 421-2.

_____. **Estabelece normas e critérios de inclusão da unidade de cuidados intermediários para atenção de RN de médio risco**: portaria n. 1091, de 25 de agosto de 1999. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 24 set. 2005.

_____. Estabelece normas sobre a direção técnica e direção clínica. Resolução n. 1342 de 08 de março de 1991. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF, Conselho Federal de Medicina, 1991, p.7014.

_____. Estabelece os critérios que devem ser obedecidos para o fracionamento de medicamentos: resolução da diretoria colegiada. RDC nº 135, de 18 de maio de 2005. **Diário Oficial [da União]**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2005/rdc/135_05rdc.pdf> Acesso em: 24 set. 2005.

_____. Estrutura o corpo clínico dos estabelecimentos de saúde, disciplina a admissão e exclusão dos seus membros em registro do Regimento Interno. Resolução n. 1124 de 29 de agosto de 1983. **Revista do CFM**, v. 12, dez. 81 - out. 84.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Instituí no SUS o programa nacional de humanização hospitalar. Portaria n. 881 de 19 de junho de 2001. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995: **regulamenta o SNA e define suas competências nos três níveis de gestão**: federal, estadual e municipal. Brasília, DF. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>>. Acesso em: 10 de jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país de Programa de controle de infecções hospitalares. Portaria n. 2616, 12 de maio 1998. **Diário Oficial da [União]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

_____. Portaria GM / MS. Portaria n 202, de 19 de junho de 2001. Estabelece diretrizes para implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas

de humanização de hospitais no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria GM / MS. Portaria n. 881 de 19 de junho de 2001. Instituí no SUS o Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria MTE n.º 485, NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde: norma regulamentadora – NR, tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. **Diário Oficial [da União]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Seção 1. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf>. Acesso em: 14 set. 2006.

_____. **Regulamento técnico sobre limpeza e manutenção de sistemas climatização**. Portaria n. 3.523, 31 de agosto de 1998. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>>. Acesso em: 14 set. 2005.

_____. Resolução 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2006.

_____. **Roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar: Resolução - RDC n. 48, 02 jun. 2000**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 14 set. 2005.

_____. Secretário de assistência à saúde. **Instituir, na forma do anexo desta portaria, o manual de apoio aos gestores do SUS para a organização da rede de laboratórios clínicos**: portaria nº 787, de 25 de Outubro de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-787.htm>>. Acesso em: 14 set. 2005.

_____. Ministério do Trabalho. **Aprova as normas regulamentadoras - NR Normas técnicas de segurança e medicina do trabalho**, inclusive dimensionamento da CIPA e SESMT. Portaria n. 3214 de 08 de junho de 1978. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/trabalhador/default.asp>>. Acesso em: 14 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Lei de n.º 8.689, de 27 de julho de 1993, cria o SNA e estabelece como competência o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>>. Acesso em: 12 maio 2007.

CARDOSO, O.R. **Foco da qualidade total de serviços no conceito do produto ampliado**. 1995. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/teses/olga/volume1/indice/index.htm>>. Acesso em: 14 set. 2007.

CEARÁ. GOVERNO. LEI n. 11.840, 1991: dispõe sobre acompanhante hospitalar de paciente de 0 a 14 anos nos hospitais públicos e conveniados. Fortaleza, [s.n.], 1991.

_____. SECRETARIA DA SAÚDE. Portaria n. 767/94: dispõe sobre normas mínimas para o funcionamento de UTI (unidades de terapia intensiva) e define critérios para internações e altas em UTI. Fortaleza: Secretaria, 199?.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados: Resolução n. 293 de 21 de setembro de 2004. e SESMT. Disponível em <http://www.portalfcofen.com.br/_novoportal/>. Acesso em: 14 set. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Aplicação aos laboratórios de análises clínicas da responsabilidade técnica das organizações hospitalares e de assistência médica. Processo Consulta n. 1373/92. S.n.t.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA CEARÁ. Dispõe sobre a obrigação de instituições médico-hospitalares manterem profissionais médicos 24 horas e plantonistas em serviços de emergências: resolução n. 07 de 1994. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php> Acesso em: 14 set. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA PERNAMBUCO. Determinar os parâmetros a serem obedecidos, como limites máximos de consultas ambulatoriais, de evoluções de pacientes internados em enfermarias, de atendimentos em urgências e emergências e os em UTI: resolução n. 01 de 2005. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php> Acesso em: 14 set. 2005.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – CBA- **Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar**. Rio de Janeiro: CBA- CEPESC, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F; DENIS, J.L.; PINEAULT, R., 1997. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A (org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, pp. 29-47.

COUTO, R.; PEDROSA, T. **Hospital**: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade: viabilizando a sobrevivência. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003. 316p.

DEMING, W.E. **Out of the crisis**. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986.

_____. **Wikipedia**. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/W._Edwards_Deming>. Acesso em: 23 nov. 2006.

DONABEDIAN, A. The seven pilares of quality. **Arch. Pathol Med**. 1990.

FEIGENBAUM, A.V. **Total quality control**. New York: McGraw-Hill, 1961.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

GARVIN, D.A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Trad: João Ferreira Bezerra de Souza. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O Inquérito: teoria e prática**. Tradução de Conceição de Lemos Pires e revisão técnica de Ana de Saint-maurice. 4. ed. Oeiras: Celta Editora, 2001.

GOMES, P.J.P. **A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação**. Cadernosbad 2: 2004. Disponível em: <www.apbad.pt/CadernosBAD/Caderno22004/GomesBAD204.pdf>. Acesso em: 2007.

GRUPO DE ACREDITAÇÃO. **Manual de acreditação hospitalar**. São Paulo: [s.n.], 1995.

GRUZ, C.; UIRÁ, R. **Metodologia científica: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2003. 218 p.

GURGEL JR, Garibaldi D; VIEIRA, Marcelo M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002.

HULLEY, S.B; CUMMINGS, S. R; BROWNER, W. S; GRADY, D; HEARST, N; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**; 2 ed. Porto Alegre: Artemed, 2003.

ISHIKAWA, K. **What is total quality control? The Japanese Way**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.

KLUCK, M. **Indicadores de qualidade para assistência hospitalar**, Disponível em: <<http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>>. Acesso em: 15 out. 2006.

MAGALHÃES, M.G. **Qualidade hospitalar: instrumento de avaliação**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2001.

MARTHA, V.F. *et al.* Comparação dentre dois escores de prognóstico (PRISM e PIM) em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 259-163, maio./jun. 2005.

MAYS, N.; PEPE, C. Tradução de FAJARDO, A.P. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares - Resolução - RDC nº 12, de 26 de janeiro de 2004**. Brasília: Organização, 2004.

_____. **Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares: Instrumento de avaliação**. Brasília: Organização, 2006.

PROGRAMA DE CONTROLE DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR-CQH: Manual de orientação aos hospitais participantes. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

QUINTO NETO, A; GASTAL, F.L. **Acreditação hospitalar**: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. IAHCS. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1997.

ROSSO, F. **Gestão ou indigestão de pessoas?**: manual de sobrevivência para RH na área de saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2003. 160p.

SANCHES, K.R.B. **A AIDS e as mulheres jovens**: uma questão de vulnerabilidade. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 143 p. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00000308&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 17 out. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Acolhimento**. O Pensar, o fazer, o viver. ZAUHY, C. (Org.). São Paulo: Associação Palas Athena, 2002. 144p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Os 10 passos para atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001-2003.

TANAKA, O.Y; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TAUBLIB, Davis. **Controle de qualidade total**. O hospital do futuro - o futuro do hospital. Rio de Janeiro: Xenon Editora, 1993. 84 p.

THE JOINT COMMISSION. A journey through the history of joint commission. Disponível em: < http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm >. Acesso em: 14 mar. 2007.

WOOD, L.B.G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Guanabara Koogan, 2001, 330 p.

WORTHEN, B. *et al.* Evaluation's basic purpose, uses, and conceptual distinctions. In: **Program evaluation**: alternativas approaches and practical guidelines. Logman: Inc. New York, 1997.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 2001. 205p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PARA HOSPITAIS PEDIÁTRICOS

A. GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO

A.1 MISSÃO

A.2 COMPROMISSOS COM O PACIENTE, SEUS FAMILIARES E A COMUNIDADE

A.GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO		REL		
A.1 MISSÃO		I	N	R
1	Tem missão definida e exposta em ambiente de grande circulação e do conhecimento dos profissionais e da comunidade, com detalhamento das responsabilidades, deveres e compromissos	x		
2	Os serviços prestados estão coerentes com a missão		x	
3	Desenvolve ação de ensino demonstrado através de convênio / contrato		x	
4	Desenvolve ação de pesquisa comprovada através de projeto ou publicação de resultados		x	

		REL		
		I	N	R
	A.2 COMPROMISSOS COM O PACIENTE, SEUS FAMILIARES E A COMUNIDADE			
5	Os usuários e representantes da comunidade participam do planejamento, controle, avaliação e execução das ações (verificar documentos comprobatórios)		X	
6	As resoluções do Conselho Municipal de Saúde são conhecidas adotadas e divulgadas no hospital	X		
7	Atende as necessidades epidemiológicas da população adscrita		X	
8	O modelo assistencial contempla ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitação		X	
9	Integra uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços		X	
10	Participa de um sistema de referência e contra-referência (verificar registro de acordos ou convênios formais com instituições)		X	
11	Protege e divulga (ex: exposto, escrito) os direitos dos pacientes		X	
12	Divulga junto aos pacientes e familiares as informações sobre: os cuidados, o prognóstico, as despesas a serem cobertas pelo paciente e os serviços oferecidos pelo hospital		X	
13	Dispõe de políticas, protocolos clínicos e rotinas técnicas que orientam nas situações de risco (emergência, ressuscitação, transfusões, suporte avançado de vida, doenças transmissíveis, imunodeprimidos, diálise, contenção e outros)	X		
14	Assegura aos pacientes a continuidade dos cuidados após a alta (hospital de apoio, assistência domiciliar ou ambulatorial, grupos de apoio, reabilitação, serviços da saúde mental, abrigo ou outros)			X
15	O consentimento informado do paciente é obtido na admissão e antes de determinados procedimentos ou tratamento de alto risco	X		
16	Adota medidas de proteção ao paciente contra roubo ou perdas, agressão física, abuso, negligência e assistência em caso de sinistro			X
17	Dispõe de políticas e procedimentos para orientar os processos de captação e doação de órgãos		X	
18	Dispõe de um plano às possíveis emergências, epidemias, desastres naturais ou outras calamidades na comunidade.			X
19	Tem representação e é representado nas organizações da comunidade (associações de bairros, pacientes crônicos entre outras)			X
20	Dispõe de instrumento de avaliação da satisfação da clientela externa e interna (ex: ouvidoria, pesquisa, caixas de sugestões entre outras)		X	
21	Incorpora as opiniões dos clientes para otimização dos serviços			X
22	Dispõe de um espaço ecumênico e apoio espiritual para os pacientes e / ou seus familiares			X

B. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA

B.1 UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PEDIATRIA

B.2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO

B.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS PEDIÁTRICA

B.4 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

B.5 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

B.6 CENTRO CIRÚRGICO

B.7 UNIDADE DE PÓS-CIRÚRGICO

B.8 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA IMEDIATA (Urgência e Emergência)

B. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA		REL		
B.1 UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PEDIATRIA		I	N	R
23	Iluminação com incidência de luz de fonte natural no seu interior e controle do excesso	x		
24	Ventilação natural		x	
25	Estado de conservação e higiene das enfermarias, áreas e caminhos de circulação são satisfatórios	x		
26	Enfermarias separadas por faixas etárias, providas de decoração com motivos infantis			x
27	A área física reservada a cada leito infantil obedece aos seguintes parâmetros: 4,5m ² por leito = lactente; 5,0m ² por leito = criança. N ^o máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12 crianças. 9,0 m ² = quarto de 1 leito; Isolamento 1 quarto p/ 30 leitos ou fração. Adolescente: 10 m ² = quarto de 1 leito, 7 m ² = quarto de 2 leitos, 6m ² = enfermaria de 3 a 6 (máximo) leitos. Distância entre leitos paralelos de 1m		x	
28	Dispõe de espaço lúdico			x
29	Dispõe de banheiro, podendo esse servir no máximo a duas enfermarias. O banheiro dispõe de porta escamoteável e permite a passagem de cadeira de banho e/ou rodas e contém barras de apoio	x		
30	Cada área é dotada de lavatório para degermação das mãos provido de sabão anti-séptico, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa.		x	
31	Dispõe de banheiro para acompanhante		x	
32	O posto de enfermagem deve estar em posição central ou dividido em sub-unidades (neste caso deve haver uma sala de serviço para cada 30 leitos)		x	
33	Dispõe de área para prescrição médica (2,0m ²)		x	
34	Sistema de guarda de pertences para uso do paciente		x	
35	Dispõe de sanitários para funcionários	x		
36	Dispõe de sistema de comunicação próximo ao leito para chamar equipe de enfermagem		x	
37	Pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito		x	
38	Materiais e artigos estéreis acondicionados em embalagens íntegras, identificadas com data de esterilização e validade	x		
39	Monitor cardíaco no local ou em outro local que permita rápido acesso		x	

		REL		
		I	N	R
	B.1 UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PEDIATRIA			
40	Cardioversor no local, ou em outro local que permita rápido acesso		X	
41	Ambu com máscara infantil	X		
42	Aspirador de secreções	X		
43	Sondas orotraqueais esterilizadas e embaladas	X		
44	Conjunto de laringoscópio e lâminas	X		
45	Cânulas orofaríngeas de Guedel - grande, média e pequena	X		
46	Esfigmomanômetro e estetoscópio infantil	X		
47	Material para aplicação de medicamentos: seringas, agulhas, algodão, gases, esparadrapo e dispositivos intravenosos (scalp e <i>abocath</i>)	X		
48	Sistema fechado de drenagem urinária	X		
49	Medicamentos básicos acondicionados adequadamente e dentro do prazo de validade	X		
50	O responsável técnico tem habilitação adequada	X		
51	O nº de profissionais de enfermagem é suficiente, habilitado e capacitado. Verificar escalas por turnos e categorias. Parâmetro (Resolução COFEN 293/2004) para até 20 leitos (pacientes acompanhados). Enfermeiro, turnos1: M-02; T-01; N-2 (mínimo 37% da enfermagem). Téc. e aux. enfermagem, turnos1: M-02; T-02; N-02. Acrescentar mais 15% como índice de segurança técnica (IST)		X	
52	Dispõe de equipe médica responsável pela internação e pela assistência contínua nas 24 horas		X	
53	Cada paciente tem um pediatra assistente que é identificado e habilitado e capacitado		X	
54	Os sinais vitais dos pacientes são verificados no mínimo duas vezes ao dia		X	
55	Dispõe de outros profissionais para acompanhamento dos pacientes em tempo parcial em todos setores (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e outros)		X	
56	Dispõe de protocolos assistenciais, baseados em evidência clínica, para tratamento e diagnóstico (de acordo com o perfil epidemiológico)			X
57	Prontuários organizados com prescrição (medicamentosa e dietoterápica) e evolução diária legível e fixação de exames complementares	X		
58	Profissionais adequadamente paramentados (avental, luvas)	X		
59	Assegura a permanência de acompanhante e a informação sobre a situação dos pacientes		X	
60	Dispõe de políticas de atenção a pacientes terminais, que inclui gerenciamento da dor, assistência psicossocial e espiritual aos pacientes e aos seus cuidadores e apoio ao descanso dos familiares			X

		REL		
B.1 UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PEDIATRIA		I	N	R
61	Dispõe de horário definido para visitas externas aos pacientes		X	
62	Dispõe de um sistema para garantir informações aos familiares dos pacientes sobre procedimentos e tratamentos propostos		X	
63	Orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados			X
64	Garante a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica após a alta ou referência, com orientação ao paciente e/ou familiares, sobre retorno e situações que requerem cuidados emergências, uso de medicamentos e equipamentos médicos, interações entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional e técnicas de reabilitação			X
65	Assegura respeito à privacidade do paciente		X	
66	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: lavagem e anti-sepsia das mãos, procedimentos invasivos, limpeza e desinfecção de superfície, CCIH, isolamento do paciente e de todos os procedimentos que realiza		X	
67	Mantém programa de educação e treinamento continuado			X
68	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos		X	
69	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
70	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos, protocolos clínicos e gerenciais			X

¹Turnos de 6 horas. IST prevê vacância por motivo de férias e absenteísmo.

		REL		
		I	N	R
	B.2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO²			
71	Iluminação com incidência de luz de fonte natural no seu interior e controle do excesso			X
72	Ambiente climatizado (temperatura controlada)	X		
73	Controla ruídos		X	
74	Estado de conservação e higiene da área e caminhos de circulação são satisfatórios	X		
75	O número de leitos de terapia intensiva é $\geq 6\%$ do total de leitos dos hospitais secundários e terciários (hospitais com mais de 100 leitos)		X	
76	Área física própria, separada de outros setores	X		
77	Dispõe de divisória entre os leitos		X	
78	Área de prescrição médica		X	
79	Sala de espera para acompanhantes e visitantes, com sanitários			X
80	Área individualizada com 9m ² para leito		X	
81	Repouso com banheiro para equipe de saúde na área da UTI	X		
82	Cadeira para acompanhante, junto ao leito, removível e confortável		X	
83	Expurgo para sólidos e líquidos com saída exclusiva de material contaminado		X	
84	Posto de enfermagem com visão total de todos os leitos ou visor eletrônico	X		
85	Dispõe de fonte alternativa de geração de energia elétrica	X		
86	Área de estar com banheiros para as mães		X	
87	Ambiente decorado com motivos infantis			X
88	Lavabos dotados de dispensador com degermante de acionamento sem o uso das mãos, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa, na entrada, dentro da UTI e em cada isolamento	X		
89	Cama de <i>Fowler</i> com grades e rodízios	X		
90	Berços de terapia intensiva e incubadoras de paredes simples	X		
91	Maca para transporte com cilindro de oxigênio		X	
92	Monitor de beira de leito com visoscópio- 01 para cada leito	X		
93	Tomadas na beira do leito: mínimo de 10 (dez) tomadas de segurança para cada leito, com fio terra, dispostas de acordo com as normas vigentes		X	
94	Pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e ponto de vácuo para cada leito	X		
95	Cilindro portátil de oxigênio - disponível no hospital	X		
96	Tomada para aparelho de raios X - 01 por unidade	X		
97	Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal - 01 para cada 10 leitos ou fração	X		
98	Relógio de parede visível para todos os leitos		X	

		REL		
		I	N	R
	B.2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO²			
99	Refrigerador para guarda de medicamentos e/ou hemoderivados com controle e registro da temperatura - 01 por unidade		X	
100	Armário com vitrine chaveado para guarda de psicotrópicos e entorpecentes	X		
101	Ventilador pulmonar com misturador tipo blender- 01 para cada 02 leitos do tipo microprocessado	X		
102	Kit CPAP nasal com umidificador aquecido- 01 para cada 04 leitos	X		
103	Monitor de pressão não invasiva - 01 para cada 06 leitos /fração	X		
104	Monitor de pressão invasiva - 01 para cada 10 leitos /fração		X	
105	Capnógrafo - 01 para cada 10 leitos /fração		X	
106	Oxímetro de pulso - 01 para cada leito	X		
107	Aspirador portátil - 01 para cada 04 leitos	X		
108	Bomba de infusão - 01 para cada 02 leitos	X		
109	Conjunto de nebulização em máscara - 01 para cada leito	X		
110	Balança pediátrica - 01 por unidade	X		
111	Bandejas para procedimentos: diálise peritoneal, drenagem torácica, torotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia		X	
112	Capacete para oxigenoterapia - 01 para cada leito	X		
113	Termômetro - 01 por leito	X		
114	Esfigmomanômetro - 01 para 04 leitos, com braçadeira infantil	X		
115	Estetoscópio-01 por leito	X		
116	Ambú com máscara - 01 para cada leito		X	
117	Oftalmoscópio - 01 por unidade		X	
118	Otoscópio - 01 por unidade		X	
119	Glicosímetro / hemoglicoteste - 01 por unidade		X	
120	Negatoscópio-01 por unidade		X	
121	Eletrocardiógrafo portátil		X	
122	Farmácia mínima, própria ou integrada à farmácia geral do hospital		X	
123	Formulários específicos da UTI: folha de admissão, folha de evolução médica e de prescrição médica, folha de evolução de enfermagem, mapa de cuidados diários, relatório de alta com via para o paciente / familiares		X	
124	Dispõe de condições de transporte extra-hospitalar: suporte respiratório, aspirador, oxímetro de pulso, desfibrilador, bomba de infusão, incubadora de transporte, kit de material de entubação endotraqueal, ambu, 01 médico, 01 profissional da equipe de enfermagem.		X	

		REL		
		I	N	R
	B.2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO²			
125	Dispõe de Responsável Técnico: médico com Certificado de Especialista em Pediatria com Área de Atuação em Neonatologia (TEN) ou Certificado de Especialista em Pediatria com Área de Atuação em Medicina Intensiva Pediátrica (TETIP)	x		
126	Dispõe de pediatra com TEN ou TETIP, diarista, exclusivo, na proporção de 01 para 10 (dez) leitos ou fração. Verificar escala	x		
127	Dispõe de pediatra (TEP) plantonista, cobertura de 24 horas/dia, na proporção de 01 para 07 (sete) leitos ou fração, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter TEN ou TETIP. Verificar escala	x		
128	Dispõe de equipe médica de retaguarda, 24 horas/dia, para procedimentos ou consultoria, de acordo com perfil de demanda ou nas especialidades: anestesiológico, nefropediatra, cardiovascular, cirurgião pediátrico, neuropediatra, hematologista e traumato-ortopedista		x	
129	Coordenação de enfermagem exclusiva, com especialização em Pediatria ou Saúde Materno-Infantil, com experiência de no mínimo 01 ano em unidade de tratamento intensivo	x		
130	Dispõe de enfermeiro assistencial, cobertura de 24 horas/dia, habilitado e capacitado, na proporção de 01 para 10 leitos, no máximo, com experiência de no mínimo 01 ano em unidade de tratamento intensivo	x		
131	Dispõe de fisioterapeuta na proporção de 01(um) para 10 leitos/fração	x		
132	Dispõe de assistência psicológica e assistente social		x	
133	Dispõe de técnico/auxiliar de enfermagem 01 (um) para cada 02 (dois) leitos por turno de trabalho. Verificar escala	x		
134	Funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço. 01 (um) por turno de trabalho. Verificar escala	x		
135	Dispõe de protocolos clínicos em pelo menos três das situações seguintes: insuficiência respiratória, insuficiência circulatória, insuficiência renal aguda, abdome agudo, crises convulsivas e politraumatismo		x	
136	Acesso ao laboratório com hemogasometria e microbiologia	x		
137	Acesso ao centro cirúrgico, 24 horas/dia	x		
138	Acesso à farmácia, 24 horas/dia	x		
139	Acesso à agência transfusional 24 horas/dia	x		
140	Acesso à aparelho de raios –X móvel	x		
141	Acesso à ultra-sonografia / ecodopplercardiografia	x		
142	Acesso à unidade de tomografia computadorizada		x	
143	Acesso à terapia renal substitutiva		x	
144	Acesso à suporte nutricional	x		
145	Garante acesso livre aos pais	x		

		REL		
		I	N	R
	B.2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO²			
146	Há evidências de preocupação em preservar o ciclo dia/noite dos pacientes		X	
147	Dispõe de horário definido para visitas externas dos familiares		X	
148	Dispõe de um sistema para garantir informações aos familiares dos pacientes sobre procedimentos e tratamentos propostos		X	
149	Orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados		X	
150	Garante a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica após a alta ou referência, com orientação ao paciente e/ou familiares, sobre retorno e situações que requerem cuidados emergências, uso de medicamentos e equipamentos médicos, interações entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional e técnicas de reabilitação			X
151	Assegura respeito à privacidade do paciente		X	
152	Utiliza índice prognóstico - PRISM II ou PIM		X	
153	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: lavagem e anti-sepsia das mãos, procedimentos invasivos, limpeza e desinfecção de superfície, CCIH, isolamento do paciente e de todos os procedimentos que realiza		X	
154	Dispõe de medidas específicas de prevenção de infecções hospitalares com supervisão pela CCIH		X	
155	Mantém programa de educação e treinamento continuado		X	
156	Realiza periodicamente sessão científico-administrativa		X	
157	Dispõe de atividade didática e/ou estágio (medicina, enfermagem, fisioterapia)			X
158	Coleta , analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			X
159	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
160	Monitora os dados estatísticos relacionados à perda de sondas e/ou cateteres (insucesso dos cuidados intensivos)			X
161	Monitora os dados estatísticos relacionados à necessidade de reentubação (insucesso dos cuidados intensivos)			X
162	Monitora dados estatísticos relacionados à extubação acidental (insucesso dos cuidados intensivos)			X
163	Monitora Média de Pacientes-Dia <u>MPDi = Número de pacientes-dias em determinado período</u> Nº de dias no mesmo período			X

		REL		
B.2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO²		I	N	R
164	Monitora Média de Permanência MPe = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia durante determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
165	Monitora Taxa de Mortalidade Geral TMG= $\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de pacientes internados em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$		X	
166	Monitora Taxa de Mortalidade Institucional TMIn = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos após 48 h de internação em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
167	Monitora Índice de Intervalo de Substituição IIS = $\frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência em dias}}{\% \text{ ocupação}}$			X
168	Monitora Taxa de Procedimentos ³ TPr = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que se submeteram ao procedimento na UTI} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
169	Monitora Taxa de Complicações ³ ou Intercorrências TCo = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de complicações durante um período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
170	Monitora Taxa de Infecção Hospitalar TIho= $\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecções atribuíveis ao hospital (UTI) em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$	X		
171	Monitora o índice de dobras de plantão			X
172	Monitora o índice de transferência de pacientes da UTI para outro hospital por falta de equipamento e/ou exame complementar			X

²Atende pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos ou de acordo com as rotinas hospitalares internas.

³Em UTI, geralmente se calcula a TPr ou Tco para: ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, traqueostomia, métodos dialíticos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica invasiva, monitorização da pressão intracraniana e acesso venoso profundo.

Obs: os pacientes aqui considerados egressos são os que saíram por motivo de alta ou óbito

		REL		
		I	N	R
	B.3 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO PEDIÁTRICA⁴			
173	Iluminação com incidência de luz de fonte natural no seu interior e controle do excesso			X
174	Ambiente climatizado (temperatura controlada)	X		
175	Controla ruídos		X	
176	Estado de conservação e higiene da área e caminhos de circulação são satisfatórios	X		
177	Área física própria, separada de outros setores	X		
178	Dispõe de divisória entre os leitos		X	
179	Área de prescrição médica		X	
180	Sala de espera para acompanhantes e visitantes, com sanitários			X
181	Área individualizada com 9m ² para leito		X	
182	Repouso com banheiro para equipe de saúde na área da UTI	X		
183	Cadeira para acompanhante, junto ao leito, removível e confortável		X	
184	Expurgo para sólidos e líquidos com saída exclusiva de material contaminado		X	
185	Posto de enfermagem com visão total de todos os leitos ou eletrônica	X		
186	Dispõe de fonte alternativa de geração de energia elétrica	X		
187	Área de estar com banheiros para as mães		X	
188	Lavabos dotados de dispensador com degermante de acionamento sem o uso das mãos, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa, na entrada, dentro da UTI e em cada isolamento, quando houver	X		
189	Cama de <i>Fowler</i> com grades e rodízios	X		
190	Berços de terapia intensiva e incubadoras de paredes simples	X		
191	Maca para transporte com cilindro de oxigênio - disponível no hospital	X		
192	Monitor de beira de leito com visoscópio - 01 para cada leito	X		
193	Tomadas na beira do leito: mínimo de 10 (dez) tomadas de segurança para cada leito, com fio terra, dispostas de acordo com as normas vigentes		X	
194	Pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e ponto de vácuo para cada leito	X		
195	Tomada para aparelho de raios X - 01 por unidade	X		
196	Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal - 01 para cada 15 leitos ou fração	X		
197	Relógio de parede visível para todos os leitos		X	
198	Refrigerador para guarda de medicamentos e/ou hemoderivados com controle e registro da temperatura - 01 por unidade		X	
199	Armário com vitrine chaveado para guarda de psicotrópicos e entorpecentes	X		

		REL		
B.3 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO PEDIÁTRICA⁴		I	N	R
200	Ventilador pulmonar com misturador tipo blender - 01 para cada 08 leitos do tipo microprocessado	x		
201	Kit CPAP nasal com umidificador aquecido - 01 para cada 10 leitos	x		
202	Oxímetro de pulso - 01 para cada 02 leitos	x		
203	Aspirador portátil	x		
204	Bomba de infusão - 01 para cada 02 leitos	x		
205	Conjunto de nebulização em máscara - 01 para cada leito	x		
206	Balança - 01 por unidade	x		
207	Bandejas para procedimentos: diálise peritoneal, drenagem torácica, torotomia, punção pericárdia, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia		x	
208	Capacete para oxigenoterapia - 01 para cada 02 leitos	x		
209	Termômetro - 01 por leito	x		
210	Esfigmomanômetro - 01 para 04 leitos, com braçadeira infantil	x		
211	Estetoscópio-01 por leito	x		
212	Ambú com máscara - 01 para cada leito	x		
213	Oftalmoscópio - 01 por unidade		x	
214	Otoscópio - 01 por unidade		x	
215	Glicosímetro ou hemoglicoteste - 01 por unidade		x	
216	Negatoscópio - 01 por unidade		x	
217	Eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital		x	
218	Farmácia mínima, própria ou integrada à farmácia geral do hospital		x	
219	Formulários específicos da unidade: folha de admissão, folha de evolução médica e de prescrição médica, folha de evolução de enfermagem, mapa de cuidados diários, relatório de alta com via para o paciente / familiares		x	
220	Dispõe de Responsável Técnico: pediatra com Título de Especialista em Pediatria e/ou ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica	x		
221	Dispõe de médico diarista, na proporção de 01 para 15 (quinze) leitos ou fração, com Título de Especialista em Pediatria com experiência mínima em Medicina Intensiva Pediátrica	x		
222	Dispõe de médicos plantonistas, cobertura de 24 horas/dia, na proporção de 01 para 15 (quinze) leitos ou fração, de acordo perfil de demanda com titulação mínima de Residência Médica em Pediatria ou com experiência mínima em Medicina Intensiva Pediátrica Verificar escala	x		

		REL		
		I	N	R
	B.3 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO PEDIÁTRICA⁴			
223	Dispõe de equipe médica de retaguarda, 24 horas/dia, para procedimentos ou consultoria, de acordo com perfil de demanda ou nas especialidades: anesthesiologista, nefropediatra, cardiovascular, cirurgião pediátrico, neuropediatra, hematologista e traumato-ortopedista		X	
224	Coordenação de enfermagem exclusiva, com especialização em Pediatria ou Saúde Materno-Infantil	X		
225	Dispõe de enfermeiro assistencial, cobertura de 24 horas/dia, habilitado e capacitado, na proporção de 01 para 15 leitos ou fração	X		
226	Dispõe de fisioterapeuta na proporção de 01 para 15 leitos/fração	X		
227	Dispõe de assistência psicológica e assistente social		X	
228	Dispõe de técnico/auxiliar de enfermagem 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos por turno de trabalho. Verificar escala	X		
229	Dispõe de funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço. 01 (um) por turno de trabalho. Verificar escala	X		
230	Dispõe de protocolos clínicos		X	
231	Acesso ao laboratório com hemogasometria e microbiologia	X		
232	Acesso ao centro cirúrgico, 24 horas/dia	X		
233	Acesso à farmácia, 24 horas/dia	X		
234	Acesso à agência transfusional 24 horas/dia	X		
235	Acesso à aparelho de raios –X móvel	X		
236	Acesso à ultra-sonografia / ecodopplercardiografia		X	
237	Acesso à terapia renal substitutiva		X	
238	Acesso à suporte nutricional		X	
239	Garante acesso livre aos pais	X		
240	Há evidências de preocupação em preservar o ciclo dia/noite dos pacientes		X	
241	Garante visita diárias programadas dos familiares		X	
242	Dispõe de um sistema para garantir informações aos familiares dos pacientes sobre procedimentos e tratamentos propostos		X	
243	Orienta os pacientes e familiares quanto aos auto-cuidados			X
244	Garante a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica após a alta ou referência, com orientação ao paciente e/ou familiares, sobre retorno e situações que requerem cuidados emergências, uso de medicamentos e equipamentos médicos, interações entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional e técnicas de reabilitação			X
245	Assegura respeito à privacidade do paciente		X	
246	Utiliza índice prognóstico - PRISM II ou PIM		X	

		REL		
B.3 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO PEDIÁTRICA⁴		I	N	R
247	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: lavagem e anti-sepsia das mãos, procedimentos invasivos, limpeza e desinfecção de superfície, CCIH, isolamento do paciente e de todos os procedimentos que realiza		X	
248	Dispõe de medidas específicas de prevenção de infecções hospitalares com supervisão pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	X		
249	Mantém programa de educação e treinamento continuado		X	
250	Realiza periodicamente sessão científico-administrativa		X	
251	Dispõe de atividade didática e/ou estágio (medicina, enfermagem, fisioterapia)			X
252	Coleta , analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			X
253	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
254	Monitora os dados estatísticos relacionados à perda de sondas e/ou cateteres (insucesso dos cuidados intensivos)			X
255	Monitora os dados estatísticos relacionados à necessidade de reentubação (insucesso dos cuidados intensivos)			X
256	Monitora dados estatísticos relacionados à extubação acidental (insucesso dos cuidados intensivos)			X
257	Monitora Média de Pacientes-Dia $MPDi = \frac{\text{Número de pacientes-dias em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de dias no mesmo período}}$			X
258	Monitora Média de Permanência $MPe = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia durante determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
259	Monitora Taxa de Mortalidade Geral $TMG = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de pacientes internados em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
260	Monitora Taxa de Mortalidade Institucional $TMI = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos após 48 h de internação em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
261	Monitora Índice de Intervalo de Substituição $IIS = \frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência em dias}}{\% \text{ ocupação}}$			X
262	Monitora Taxa de Procedimentos $TPr = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que se submeteram ao procedimento na UTI} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}}$			X

		I	N	R
	B.3 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO PEDIÁTRICA⁴			
263	Monitora Taxa de Complicações ⁵ ou Intercorrências $TCo = \frac{N^{\circ} \text{ de complicações durante um período}}{N^{\circ} \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
264	Monitora Taxa de Infecção Hospitalar $TIho = \frac{N^{\circ} \text{ de infecções atribuíveis ao hospital (UTI) em determinado período}}{N^{\circ} \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
265	Monitora o índice de dobras de plantão			X
266	Monitora o índice de transferência de pacientes para UTI para outro hospital por falta de equipamento e/ou exame complementar			X

⁴Atende pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos ou de acordo com as rotinas hospitalares internas.

⁵Em UTI, geralmente se calcula a TPr ou TCo para: ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, traqueostomia, métodos dialíticos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica invasiva, monitorização da pressão intracraniana e acesso venoso profundo.

Obs: os pacientes aqui considerados egressos são os que saíram por motivo de alta ou óbito

		REL		
		I	N	R
	B.4 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL⁶			
267	Iluminação com incidência (indireta) de luz de fonte natural no seu interior e controle do excesso		X	
268	Ambiente climatizado (temperatura controlada)	X		
269	Controla ruídos		X	
270	Estado de conservação e higiene da área e caminhos de circulação são satisfatórios	X		
271	Área física própria, separada de outros setores	X		
272	Área de prescrição médica		X	
273	Sala de espera para acompanhantes e visitantes, com sanitários			X
274	Área individualizada com 6 m ² para berço		X	
275	Berços para terapia intensiva (20% dos leitos)		X	
276	Incubadoras de paredes simples (20% dos leitos)		X	
277	Incubadoras de paredes duplas (60% dos leitos) e umidificadas		X	
278	Repouso com banheiro para equipe de saúde na área da UTI	X		
279	Cadeira para acompanhante, junto ao leito, removível e confortável			X
280	Expurgo para sólidos e líquidos com saída exclusiva de material contaminado	X		
281	Posto de enfermagem com visão total de todos os leitos ou visor eletrônico	X		
282	Dispõe de fonte alternativa de geração de energia elétrica	X		
283	Área de estar com banheiros para as mães			X
284	Ambiente decorado com motivos infantis			X
285	Lavabos dotados de dispensador com degermante de acionamento sem o uso das mãos, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa na entrada, dentro da UTI e em cada isolamento	X		
286	Tomadas na beira do leito: mínimo de 10 (dez) tomadas de segurança para cada leito, com fio terra, dispostas de acordo com as normas vigentes		X	
287	Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e ponto de vácuo para cada leito	X		
288	Cilindro de oxigênio disponível no hospital	X		
289	Dispõe de tomada para aparelho de raios X - 01 por unidade	X		
290	Dispõe de um carro de emergência para reanimação neonatal	X		
291	Incubadora de transporte com oxigênio, ar comprimido, oxímetro e bomba de infusão		X	
292	Refrigerador para guarda de medicamentos e/ou hemoderivados com controle e registro da temperatura- 01 por unidade	X		
293	Armário com vitrines chaveadas para guarda de psicotrópicos e entorpecentes	X		
294	Monitor de beira de leito com visoscópio - 01 para cada leito		X	

		REL		
		I	N	R
	2.4 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL⁶			
295	Ventilador pulmonar com misturador tipo blender - 01 para cada 02 leitos (tipo processado)	x		
296	Monitor de pressão não invasiva - 01 para cada 06 leitos /fração	x		
297	Monitor de pressão invasiva - 01 para cada 10 leitos /fração			x
298	Kit CPAP nasal mais umidificador aquecido - 01 para cada 02 leitos	x		
299	Oxímetro de pulso - 01 para cada leito	x		
300	Aspirador portátil para drenagem contínua- 01 para cada 04 leitos	x		
301	Conjunto de nebulização em máscara -01 para cada leito		x	
302	Bomba de infusão, com capacidade de microinfusão -02 por leito	x		
303	Balança eletrônica - 01 para cada dez leitos	x		
304	Bandejas para procedimentos: diálise peritoneal, drenagem torácica, torotomia, punção pericárdia, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical, traqueostomia, cateterismo umbelical e exsanguíneotransfusão		x	
305	Aparelho de fototerapia - 01 para 03 leitos	x		
306	Capacete para oxigenoterapia - 01 para cada leito	x		
307	Eletrocardiógrafo portátil		x	
308	Marcapasso transcutâneo			x
309	Termômetro eletrônico, portátil - 01 por leito	x		
310	Esfigmomanômetro - 01 para 04 leitos, com braçadeira infantil	x		
311	Estetoscópio - 01 por leito	x		
312	Ambú com máscara (ressuscitador manual) - 01 para cada leito	x		
313	Oftalmoscópio - 01 por unidade		x	
314	Otoscópio - 01 por unidade		x	
315	Negatoscópio - 01 por unidade		x	
316	Glicosímetro ou hemoglicoteste- 01 por unidade	x		
317	Farmácia mínima, própria ou integrada à farmácia geral do hospital		x	
318	Formulários específicos da UTI: folha de admissão, folha de evolução médica e de prescrição médica, folha de evolução de enfermagem, mapa de cuidados diários, relatório de alta com via para o paciente/familiares	x		
319	Dispõe de fonte alternativa de geração de energia elétrica	x		
320	Dispõe de condições de transporte extra-hospitalar: suporte respiratório, aspirador, oxímetro de pulso, desfibrilador, bomba de infusão, incubadora de transporte, kit de material de entubação endotraqueal, ambu, 01 médico, 01 profissional da equipe de enfermagem		x	
321	Os funcionários paramentados de aventais	x		

		REL		
		I	N	R
	B.4 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL⁶			
322	Dispõe de Responsável Técnico: pediatra com Certificado de Especialista em Pediatria com Área de Atuação em Neonatologia (TEN) Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica ou especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia		x	
323	Dispõe de pediatra diarista na proporção de 01 para 10 (dez) leitos ou fração, com Com Certi Especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica ou especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia Verificar escala		x	
324	Dispõe de médicos plantonistas, cobertura de 24 horas/dia, na proporção de 01 para 07 (sete) leitos ou fração, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica ou especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia. Verificar escala		x	
325	Dispõe de equipe médica de retaguarda, 24 horas/dia, para procedimentos ou consultoria, com pelo menos os seguintes profissionais: anesthesiologista, cardiologia pediátrica, cirurgião pediátrico, nefropediatra, neuropediatra e oftalmologista		x	
326	Dispõe de enfermeiro coordenador exclusivo, com especialização em Pediatria ou Saúde Materno-Infantil, com experiência de no mínimo 01 ano em unidade de tratamento intensivo	x		
327	Dispõe de enfermeiro (01) assistencial, cobertura de 24 horas/dia, habilitado e capacitado, na proporção de 01 para 07 leitos no máximo, com experiência de no mínimo 01 ano em unidade de tratamento intensivo	x		
328	Dispõe de técnico/auxiliar de enfermagem 01 (um) para cada 02 (dois) leitos por turno de trabalho. Verificar escala	x		
329	Dispõe de funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço. 01 (um) por turno de trabalho. Verificar escala	x		
330	Dispõe de fisioterapeuta na proporção de 01 para 10 leitos/fração		x	
331	Dispõe de assistência psicológica e assistente social			x
332	Dispõe de protocolos clínicos para no mínimo 03 (três) das situações seguintes: sepse, incompatibilidade sangüínea, hipoglicemia e uso do surfactante			x
333	Acesso ao laboratório com hemogasometria e microbiologia	x		
334	Acesso ao centro cirúrgico, 24 horas/dia	x		
335	Acesso à farmácia, 24 horas/dia	x		
336	Acesso a agência transfusional 24 horas/dia	x		
337	Acesso a aparelho de raios –X móvel	x		
338	Acesso à unidade de ultra-sonografia / ecodopplercardiografia		x	

		REL		
		I	N	R
	B.4 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL⁶			
339	Acesso à unidade de tomografia computadorizada		X	
340	Acesso a terapia renal substitutiva			X
341	Garante acesso livre aos pais e assegura a permanência de acompanhante	X		
342	Dispõe de horário definido para visitas externas aos pacientes		X	
343	Dispõe de um sistema para garantir informações aos familiares dos pacientes sobre procedimentos e tratamentos propostos			X
344	Orienta os familiares quanto aos autocuidados			X
345	Garante a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica após a alta ou referência, com orientação aos familiares, sobre retorno e situações que requerem cuidados emergências, uso de medicamentos e equipamentos médicos, interações entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional e técnicas de reabilitação			X
346	Utiliza índice prognóstico (CRIB ou SNAP-PE)			X
347	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: lavagem e anti-sepsia das mãos, procedimentos invasivos, limpeza e desinfecção de superfície, CCIH, isolamento do paciente e de todos os procedimentos que realiza		X	
348	Dispõe de medidas específicas de prevenção de infecções hospitalares com supervisão pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		X	
349	Mantém programa de educação e treinamento continuado		X	
350	Realização periódica de sessão científico-administrativa		X	
351	Existe atividade didática e/ou estágio (medicina, enfermagem, fisioterapia)			X
352	Coleta , analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			X
353	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
354	Monitora os dados estatísticos relacionados à perda de sondas e/ou cateteres (insucesso dos cuidados intensivos)			X
355	Monitora os dados estatísticos relacionados à necessidade de reentubação (insucesso dos cuidados intensivos)			X
356	Monitora os dados estatísticos relacionados à extubação acidental (insucesso dos cuidados intensivos)			X
357	Monitora Média de Pacientes-Dia <u>MPDi = Número de pacientes-dias em determinado período</u> Nº de dias no mesmo período			X
358	Monitora Média de Permanência <u>MPe = N° de pacientes-dia durante determinado período</u> Nº de pacientes egressos no mesmo período			X

		REL		
B.4 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL⁶		I	N	R
359	Monitora Taxa de Mortalidade Geral $TMG = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de pacientes internados em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
360	Monitora Taxa de Mortalidade Institucional $TMI = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos após 48 h de internação em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
361	Monitora Índice de Intervalo de Substituição $IIS = \frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência em dias}}{\% \text{ ocupação}}$			X
362	Monitora Taxa de Procedimentos ⁷ $TPr = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que se submeteram ao procedimento na UTI}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
363	Monitora Taxa de Complicações ³ ou Intercorrências $TCo = \frac{\text{N}^\circ \text{ de complicações durante um período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
364	Monitora Taxa de Infecção Hospitalar $TIho = \frac{\text{N}^\circ \text{ de infecções atribuíveis ao hospital (UTI) em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
365	Monitora o índice de dobras de plantão			X
366	Monitora o índice de transferência de pacientes da UTI para outro hospital por falta de equipamento e/ou exame complementar			X

⁶Atende pacientes de 0 a 28 dias.

⁷Em UTI geralmente se calcula a TPr ou TCo para: ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, traqueostomia, métodos dialíticos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica invasiva, monitorização da pressão intracraniana e acesso venoso profundo.

Obs: os pacientes aqui considerados egressos são os que saíram por motivo de alta ou óbito.

		REL		
		I	N	R
	B.5 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL⁸			
367	Iluminação com incidência de luz (indireta) de fonte natural no seu interior e controle do excesso		X	
368	Ambiente climatizado (temperatura controlada)	X		
369	Controla ruídos		X	
370	Estado de conservação e higiene da área e caminhos de circulação são satisfatórios	X		
371	Área física própria, separada de outros setores	X		
372	Espaçamento de no mínimo 1 (um) metro entre os berços e paredes, exceto a cabeceira, com circulação mínima de 2 (dois) metros		X	
373	Área de prescrição médica		X	
374	Repouso com banheiro para equipe de saúde na área da UTI		X	
375	Cadeira para acompanhante, junto ao leito, removível e confortável			X
376	Expurgo para sólidos e líquidos com saída exclusiva de material contaminado	X		
377	Posto de enfermagem com visão total de todos os leitos ou visor eletrônico - 1(um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração	X		
378	Dispõe de fonte alternativa de geração de energia elétrica	X		
379	Área física com espaçamento de 1 (um) metro entre berços e paredes, exceto cabeceira, com circulação mínima de 2m		X	
380	Sala de acolhimento para amamentação e/ ou extração do leite		X	
381	Berços com calor radiante com capacidade de controle da temperatura (10% dos leitos)		X	
382	Incubadoras de paredes simples (50% dos leitos)		X	
383	Berços simples (30% dos berços)		X	
384	Berços simples com calor radiante (20% dos berços)		X	
385	Área de estar com banheiros para as mães		X	
386	Pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e ponto de vácuo para cada leito	X		
387	Ambiente decorado com motivos infantis			X
388	Lavabo dentro da área de internamento dotado de dispensador com degermante de acionamento sem o uso das mãos, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa	X		
389	Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal -01 para cada 10 leitos ou fração	X		
390	Aparelho de fototerapia - 01 para 05 (cinco) leitos	X		
391	Eletrocardiógrafo portátil		X	
392	Termômetro eletrônico portátil - 01 por leito	X		
393	Esfigmomanômetro - 01 por leito com braçadeira infantil		X	
394	Estetoscópio - 01 por leito	X		

		REL		
		I	N	R
	B.5 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL⁸			
395	Ambú com máscara (ressuscitador manual) - 01 para cada leito	x		
396	Oftalmoscópio - 01 por unidade		x	
397	Otoscópio - 01 por unidade		x	
398	Negatoscópio - 01 por unidade		x	
399	Glicosímetro ou hemoglicoteste - 01 por unidade	x		
400	Capacete para oxigênio - 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos	x		
401	Oxímetro de pulso - 01 para cada 02 (dois) leitos	x		
402	Monitor de pressão não invasiva		x	
403	Monitor de beira de leito com visoscópio-01(um) para cada leito	x		
404	Carro ressuscitador, com monitor, material de entubação endotraqueal, 01 para cada 15 leitos	x		
405	Ventilador pulmonar com misturador tipo blender- 01 (um) para cada 08 (oito) leitos do tipo microprocessado			x
406	Conjunto de nebulizador em máscara-01(um) para cada leito		x	
407	Aspirador portátil	x		
408	Kit CPAP nasal mais umidificador aquecido-01 (um) para cada 04 (quatro) leitos		x	
409	Bombas de infusão com capacidade de microinfusão-01 para cada 02 (dois) leitos		x	
410	Aparelho de fototerapia- 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos		x	
411	Balança eletrônica-01 para cada 10 leitos	x		
412	Bandejas para procedimentos: diálise peritoneal, drenagem torácica, torotomia, punção pericárdia, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical, traqueostomia, cateterismo umbelical e exsanguíneotransfusão		x	
413	Os funcionários paramentados de aventais	x		
414	Incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido		x	
415	Dispõe de Responsável Técnico: pediatra com título de Especialista em Pediatria com área de atuação em Terapia Intensiva Neonatal ou Pediátrica		x	
416	Dispõe de pediatra diarista com Certificado de Especialista em Pediatria e com Área de Atuação em Neonatologia (TEN) - 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração		x	
417	Dispõe de pediatra plantonista com especialidade em Pediatria (TEP), cobertura de 24 horas/dia, na proporção de 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração. Verificar escala		x	

		REL		
		I	N	R
	B.5 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL⁸			
418	Dispõe de equipe médica de retaguarda, 24 horas/dia, para procedimentos ou consultoria, com pelo menos os seguintes profissionais: anesthesiologista, cardiologia pediátrica, cirurgião pediátrico, nefropediatra, neuropediatra e oftalmologista			X
419	Dispõe de enfermeiro coordenador	X		
420	Dispõe de enfermeiro assistencial, exclusivo da unidade, cobertura de 24 horas/dia, habilitado e capacitado, na proporção de 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração. Verificar escala		X	
421	Dispõe de fisioterapeuta na proporção de 01 para 15 leitos/fração		X	
422	Dispõe de assistência psicológica assistente social			X
423	Dispõe de técnico/auxiliar de enfermagem 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos por turno de trabalho. Verificar escala	X		
424	Dispõe de funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço. 01 (um) por turno de trabalho. Verificar escala	X		
425	Dispõe de protocolos clínicos e de critérios de internação e alta			X
426	Acesso ao laboratório com hemogasometria e microbiologia	X		
427	Acesso ao centro cirúrgico, 24 horas/dia		X	
428	Acesso à farmácia, 24 horas/dia		X	
429	Acesso a agência transfusional 24 horas/dia	X		
430	Acesso a aparelho de raios –X móvel	X		
431	Acesso à unidade de ultra-sonografia / ecodopplercardiografia		X	
432	Acesso à unidade de tomografia computadorizada		X	
433	Acesso a terapia renal substitutiva		X	
434	Garante acesso livre aos pais e assegura a permanência de acompanhante	X		
435	Dispõe de horário definido para visitas externas aos pacientes		X	
436	Orienta os familiares quanto aos autocuidados		X	
437	Dispõe de um sistema para garantir informações aos familiares dos pacientes sobre procedimentos e tratamentos propostos			X
438	Garante a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica após a alta ou referência, com orientação aos familiares, sobre retorno e situações que requerem cuidados emergências, uso de medicamentos e equipamentos médicos, interações entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional e técnicas de reabilitação			X
439	Utiliza índice prognóstico (CRIB ou SNAP-PE)			X
440	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: lavagem e anti-sepsia das mãos, procedimentos invasivos, limpeza e desinfecção de superfície, CCIH, isolamento do paciente e de todos os procedimentos que realiza		X	

		REL		
		I	N	R
	B.5 UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL⁸			
441	Mantém programa de educação e treinamento continuado			X
442	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			X
443	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
444	Monitora Média de Pacientes-Dia $MPDi = \frac{\text{Número de pacientes-dias em determinado período}}{\text{Nº de dias no mesmo período}}$			X
445	Monitora Média de Permanência $MPe = \frac{\text{Nº de pacientes-dia durante determinado período}}{\text{Nº de pacientes egressos no mesmo período}}$			X
446	Monitora Taxa de Mortalidade Geral $TMG = \frac{\text{Nº de óbitos de pacientes internados em determinado período}}{\text{Nº de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
447	Monitora Taxa de Mortalidade Institucional $TMI = \frac{\text{Nº de óbitos após 48 h de internação em determinado período}}{\text{Nº de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
448	Monitora Índice de Intervalo de Substituição $IIS = \frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência em dias}}{\% \text{ ocupação}}$			X
449	Monitora Taxa de Procedimentos ⁹ $TPr = \frac{\text{Nº de pacientes que se submeteram ao procedimento na UTI}}{\text{Nº de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
450	Monitora Taxa de Complicações ⁹ ou Intercorrências $TCo = \frac{\text{Nº de complicações durante um período}}{\text{Nº de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
451	Monitora Taxa de Infecção Hospitalar $TIho = \frac{\text{Nº de infecções atribuíveis ao hospital (UTI) em determinado período}}{\text{Nº de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$			X
452	Monitora o índice de dobras de plantão			X

⁸Atende pacientes de 0 a 28 dias

⁹Em UTI geralmente se calcula a TPr ou TCo para: ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, traqueostomia, métodos dialíticos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica invasiva, monitorização da pressão intracraniana e acesso venoso profundo.

Obs: os pacientes aqui considerados egressos são os que saíram por motivo de alta ou óbito.

		REL		
		I	N	R
	B.6 CENTRO CIRÚRGICO			
453	Centro cirúrgico localizado em área de circulação restrita com porta que se mantém fechada e sinalização restringindo a entrada de estranhos	X		
454	Estrutura física em estado de conservação e higiene satisfatória	X		
455	Ambiente climatizado (temperatura controlada)	X		
456	Área de recepção e transferência do paciente é independente da entrada de funcionários	X		
457	Área de escovação com torneiras, dispensadores de degermante que permitam manejo sem utilização das mãos, provida de escovinhas (secas, esterilizadas e individualizadas para higiene das unhas). Até duas salas >02 torneiras para cada sala. Quando mais de 02 salas cirúrgicas > 02 torneiras para cada novo par de salas	X		
458	Área para prescrição médica -2 m ²		X	
459	Sala de cirurgia média cirurgia (geral): 02 salas. Para cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos- 01 sala. Com 25,0 m ² , com dimensão mínima de 4,7 m		X	
460	Sala de cirurgia exclusiva para procedimento de emergência			X
461	Vestiários exclusivos, contíguos ao CC e equipados com sanitários, lavatórios e chuveiros. Acesso ao CC através do vestiário	X		
462	Sala de espera para acompanhantes com sanitários anexos à unidade		X	
463	Área de copa		X	
464	Dispõe de área específica para guarda de equipamentos	X		
465	Dispõe de área para guarda de maca e cadeira de roda		X	
466	Equipamentos e o instrumental em bom estado de conservação e higiene	X		
467	Carro de anestesia	X		
468	Pontos de ar comprimido, vácuo e oxigênio para cada leito	X		
469	Monitor cardíaco digital	X		
470	Aspirador elétrico fixo ou móvel	X		
471	Mesa cirúrgica	X		
472	Mesa para instrumental	X		
473	Foco cirúrgico de teto	X		
474	Foco cirúrgico com pedestal	X		
475	Mesa mayo	X		
476	Negatoscópio	X		
477	Suporte hamper	X		
478	Relógio de parede		X	
479	Eletrocardiograma, monitor cardíaco	X		
480	Banqueta ajustável inox		X	
481	Bisturi elétrico	X		

		REL		
		I	N	R
	B.6 CENTRO CIRÚRGICO			
482	Fluxômetro	X		
483	Oxímetro de pulso	X		
484	Carro de emergência com desfibrilador	X		
485	Estetoscópio	X		
486	Laringoscópio tipo rígido (infantil) e cânulas de entubação	X		
487	Ventilador ciclado a volume infantil	X		
488	Unidade de eletrocautério	X		
489	Bomba de infusão contínua	X		
490	Roupas apropriadas para o serviço	X		
491	Salas de cirurgia equipadas conforme as especialidades (bomba de circulação extracorpórea na cirurgia vascular, microscópio na neurocirurgia, cama ortopédica na traumatologia)	X		
492	Dispõe de equipamento radiológico portátil para diagnóstico intra-operatório de fácil mobilização	X		
493	Profissional disponível para operar o ap. raios X intra-operatório	X		
494	Centro cirúrgico coordenado por profissional especializado	X		
495	O nº de profissionais de enfermagem é suficiente, habilitado e capacitado. Verificar escalas por turno e categoria. Parâmetro (Resolução COFEN 293/2004)	X		
496	Dispõe de um enfermeiro exclusivo que elabora programa de cirurgia, prevê recursos, acompanha e registra procedimentos	X		
497	O ingresso das pessoas só ocorre com uniforme privativo		X	
498	A monitorização das condições clínicas intra-operatória, em pacientes de alto risco, é efetuada por profissional especializado		X	
499	A programação das cirurgias é do conhecimento do pessoal da unidade de internação		X	
500	Cumpre as normas emanadas da CCIH	X		
501	A consulta pré-anestésica, por anestesista, determina se o paciente é candidato adequado para a anestesia proposta	X		
502	Documenta no prontuário todos os procedimentos anestésicos realizados	X		
503	Documenta no prontuário todos os procedimentos ocorridos no Centro Cirúrgico, diagnóstico pré-operatório, descrição do ato cirúrgico, eventos e achados cirúrgicos, nomes do cirurgião (ã) e de seus assistentes com assinatura e carimbo dos responsáveis	X		
504	Dispõe de processos de manutenção (preventiva, corretiva) e controle dos equipamentos e instrumentais	X		
505	Dispõe de padronização dos procedimentos de limpeza das salas de cirurgias entre cirurgias ou com frequência mínima diária	X		
506	Dispõe de normas de preparação, conservação das salas de cirurgias e disponibilidade de material necessário	X		

		REL		
	B.6 CENTRO CIRÚRGICO	I	N	R
507	Funcionários dispõem dos seguintes EPIs: avental estéril, luvas estéreis, máscara, calça e jaleco, óculos, gorro e sapatilha		x	
508	Dispõe de sistemática de orientação ao paciente/ acompanhante		x	
509	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) escritas e atualizada (s): limpeza periódica e desinfecção dos filtros do sistema de ventilação artificial (ar condicionado) com registro, lavagem e anti-sepsia das mãos, limpeza e desinfecção das superfícies e carros de anestesia		x	
510	Dispõe de um plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado (RDC 09/2004)	x		
511	Mantém programa de educação e treinamento continuado		x	
512	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos		x	
513	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
514	Monitora estatística de cirurgias suspensas relacionando com as causas			x
515	Monitora taxa de mortalidade peri e intra-operatória			x
516	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos, protocolos clínicos e gerenciais			x

		REL		
		I	N	R
	B.7 UNIDADE DE PÓS-CIRÚRGICO			
517	Estrutura física em estado de conservação e higiene satisfatório	X		
518	Ambiente climatizado (temperatura controlada)	X		
519	Posto de enfermagem e serviços -01 para cada 12 leitos de recuperação pós-anestésica		X	
520	Sala de recuperação pós-anestésica: sala de 02 leitos com no mínimo de distância de 8,5m entre macas		X	
521	Equipamentos e o instrumental em bom estado de conservação e higiene	X		
522	Pontos de ar comprimido, vácuo e oxigênio para cada leito	X		
523	Carro com material de emergência	X		
524	Esfigmomanômetro com estetoscópio	X		
525	Aspirador elétrico fixo ou móvel	X		
526	Eletrocardiograma	X		
527	Coordenado por profissional especializado		X	
528	Dispõe de escala de anestesistas para atender o programa de cirurgia		X	
529	O nº de profissionais de enfermagem é suficiente, habilitado e capacitado. Verificar escalas por turno e categoria. Parâmetro (Resolução COFEN 293/2004)		X	
530	Medicamentos e materiais adequados estão disponíveis	X		
531	Cumprir as normas emanadas da CCIH	X		
532	O (a) anestesista monitora a recuperação pós-anestésica e indica o momento da transferência de acordo com critérios estabelecidos, registrando as condições clínicas e horário no prontuário	X		
533	Dispõe de processos de manutenção (preventiva, corretiva) e controle dos instrumentais e dos equipamentos	X		
534	Dispõe de sistemática de orientação ao paciente/ acompanhante		X	
535	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) escritas e atualizadas: limpeza periódica e desinfecção dos filtros do sistema de ventilação artificial (ar condicionado) com registro, lavagem e anti-sepsia das mãos, limpeza e desinfecção das superfícies e outras		X	
536	Mantém programa de educação e treinamento continuado			X
537	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			X
538	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
539	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos, protocolos clínicos e gerenciais específicos do serviço de anestesiologia			X

		REL		
		I	N	R
	B.8 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA IMEDIATA (Urgência e Emergência)			
540	Adequada condição de iluminação	x		
541	Ambiente climatizado (temperatura controlada)	x		
542	Dispõe de acesso diferenciado para veículos e pedestres com área externa para desembarque de ambulância (com o mínimo de 21m ² de cobertura)	x		
543	Existe facilidade e segurança para chegada e saída de pacientes, circulação de macas e cadeiras de rodas (dispõe de rampa, calçada rebaixada)	x		
544	Sala de triagem médica e / ou de enfermagem (8 m ²)		x	
545	Lavabo dentro da área de internamento dotado de dispensador com degermante, papel-toalha, lixeira c/tampa acionada com pedal ou sem tampa	x		
546	Posto de enfermagem e serviços (6m ²)	x		
547	Sala de serviço social (6m ²)		x	
548	Área de higienização (8 m ²)		x	
549	Sala de suturas e pequenas cirurgias (8 m ²)	x		
550	Sala de curativos (9 m ²)	x		
551	Sala de reidratação (6 m ² por leito)		x	
552	Sala de inalação (1,6 m ² por paciente)		x	
553	Sala de aplicação de medicamentos (5 m ²)		x	
554	Sala de repouso / observação (8,5 m ² por leito)		x	
555	Sala de gesso e redução de fraturas (10 m ² ou 4 m ² por box)		x	
556	Área de recepção de pacientes		x	
557	Sala para estocagem de hemocomponentes			x
558	Local de espera para pacientes e acompanhantes (com sanitário)	x		
559	Consultório médico com lavatório	x		
560	Consultório de especialidades médicas (oftalmologia, otorrinolaringologia, e outros) com lavatórios			x
561	Apoio de Hemoterapia	x		
562	Apoio do Laboratório, assegurando os exames necessários para embasar a decisão sobre sua admissão, transferência ou referência	x		
563	Apoio do Serviço de Imagem, assegurando os exames necessários para embasar a decisão sobre sua admissão, transferência ou referência	x		
564	Desfibrilador e monitor	x		
565	Ventilador a pressão	x		
566	Aspirador de secreções	x		
567	Carro para transporte de material de emergência	x		
568	Maca de procedimentos	x		
569	Mesa para instrumental	x		

		REL		
		I	N	R
	B.8 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA IMEDIATA (Urgência e Emergência)			
570	Negatoscópio	X		
571	Laringoscópio	X		
572	Foco cirúrgico com pedestal	X		
573	Bomba de infusão	X		
574	Estetoscópio	X		
575	Pontos de ar comprimido, vácuo e oxigênio e/ou bala	X		
576	Esfigmomanômetro	X		
577	Monitor de ECG		X	
578	Eletrocardiógrafo	X		
579	Maca para transporte com proteção lateral	X		
580	Marcapasso			X
581	Material para sutura e curativos	X		
582	Medicamentos de urgência e materiais descartáveis	X		
583	Os plantonistas dispõem de aposentos para descanso noturno	X		
584	O responsável técnico está habilitado	X		
585	Plantão médico exclusivo, ativo, 24 horas na (s) especialidade (s) anunciada (s)	X		
586	Plantão de enfermagem exclusivo, em número suficiente, habilitado e capacitado, ativo nas 24 horas	X		
587	Dispõe de assistência psicológica		X	
588	Especialistas no local ou à distância (prontidão passiva), pelo menos nas especialidades de: ortopedia, neurologia e cirurgia		X	
589	Equipe com capacitação específica	X		
590	O contato telefônico com os médicos especialistas se processa de forma rápida e eficiente		X	
591	Registra a avaliação inicial (identifica as necessidades de cuidados), mudanças nas condições clínicas após avaliação inicial e encaminhamento do paciente	X		
592	O paciente atendido na emergência tem acesso garantido ao centro cirúrgico		X	
593	Estabelece critérios e treina profissionais para avaliação de pacientes que têm necessidade de cuidados emergenciais		X	
594	Dispõe de critérios para admissão e transferência para unidades de cuidados intensivos ou serviços especializados		X	
595	Dispõe de protocolos clínicos, reavaliados periodicamente, pelo menos em três das seguintes situações: insuficiência respiratória, insuficiência circulatória, insuficiência renal aguda, abdome agudo, casos psiquiátricos agudos, quadro neurológico agudo e politraumatismo		X	
596	Permanência de pacientes na observação no máximo até 24 horas		X	
597	Dispõe de horário definido para visitas externas aos pacientes			X

		REL		
		I	N	R
	B.8 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA IMEDIATA (Urgência e Emergência)			
598	Garante a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica após a alta ou referência, com orientação ao paciente ou familiares, sobre retorno e situações que podem requer cuidados emergências			X
599	Durante o processo de transferência um profissional qualificado monitora as condições do paciente, fornece relatório de referência, registra no prontuário		X	
600	Orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados		X	
601	Dispõe de um sistema para garantir informações aos familiares dos pacientes sobre procedimentos e tratamentos propostos		X	
602	Assegura a permanência de acompanhante e a informação sobre a situação dos pacientes		X	
603	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) escritas e atualizadas: limpeza periódica e desinfecção dos filtros do sistema de ventilação artificial (ar condicionado) com registro, lavagem e anti-sepsia das mãos, limpeza e desinfecção das superfícies e outras		X	
604	Mantém programa de educação e treinamento continuado		X	
605	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos		X	
606	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
607	A unidade monitora mortalidade na permanência menor de 24 horas (verificar registro)			X

C GESTÃO DE DIAGNOSE E TERAPIA

C.1 LABORATÓRIO

C.2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

C.3 MÉTODOS GRÁFICOS

C.4 UNIDADE DE ANATOMIA PATOLÓGICA

C.5.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL – AT

C.5.2 UNIDADE DE COLETA E TRANSFUÇÃO – UCT

C. GESTÃO DE DIAGNOSE E TERAPIA		REL		
C.1 LABORATÓRIO¹⁰		I	N	R
608	Serviços de patologia clínica são oferecidos pelo hospital ou estão disponíveis através de convênios / contratos com outras instituições	x		
609	Ambiente climatizado (temperatura controlada)		x	
610	Estado de conservação e higiene da área e caminhos de circulação são satisfatórios	x		
611	Dispõe de área para registro dos pacientes e espera é provida de banheiro para atender ao cliente externo		x	
612	Dispõe de Box (1,5m ²) ou sala de coleta (3,6 m ²)			x
613	Dispõe de área para classificação e distribuição das amostras	x		
614	Dispõe de sala de preparo de reagentes (3,0 m ²)			x
615	Dispõe de sala de lavagem, preparo e esterilização de material com barreira técnica		x	
616	Paredes, pisos e bancadas constituídas de material liso, fácil de lavar, sem frestas e impermeável	x		
617	Lavabo dotado de dispensador com degermante, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa	x		
618	Os instrumentos de medição são localizados adequadamente		x	
619	Os equipamentos têm configuração apropriada para obtenção de resultados de acordo com as especificações requeridas para os exames executados e são registrados no MS	x		
620	Dispõe de autoclave para descontaminação de material	x		
621	Dispõe de laboratório de hematologia	x		
622	Dispõe de laboratório de urinálise	x		
623	Dispõe de laboratório de parasitologia	x		
624	Dispõe de laboratório de bioquímica	x		
625	Dispõe de laboratório de bacteriologia	x		
626	Dispõe de laboratório de imunologia (câmara de imunofluorescência)		x	
627	Dispõe de registro dos materiais ou amostras enviados à laboratórios de apoio e um sistema que assegure efetiva comunicação	x		
628	Dispõe materiais e reagentes necessários, registrados no MS (verificar validade, data da abertura, condições de armazenamento e estoque) rotulados adequadamente e descartados de acordo com rotinas definidas	x		
629	O responsável técnico tem formação adequada e habilitação legal	x		
630	Dispõe de técnicos, em plantão ativo, 24 horas	x		
631	As amostras são identificadas no momento da coleta	x		

		REL		
		I	N	R
	C.1 LABORATÓRIO¹⁰			
632	O manuseio, transporte e descarte de resíduos gerados são efetuados dentro do previsto na legislação vigente (Ex: o material pérfuro-cortante é acondicionado em recipiente rígido (ABNT-NBR13853/97) e são descartados devidamente selados (ABNT-NRB 12810/93)	x		
633	Utiliza luvas para: manipulação de sangue e fluídos corporais, contato com mucosa ou pele não íntegra, manuseio com equipamentos ou superfícies contaminadas e acesso vascular	x		
634	Dispõe de segurança no sistema de informática: a) acesso controlado por senha ou códigos de usuários; b) sistemática de conferência do laudo antes da assinatura eletrônica			x
635	Guarda os registros dos exames por um mínimo de 5 (cinco) anos. Laudos datados e assinados com CRM ou CRF do responsável e assegurando a rastreabilidade (requisição, entrega do laudo, armazenamento e recuperação das amostras) e a confidencialidade	x		
636	Dispõe de registro de todos os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e evidência de que o pessoal está devidamente informado (quando substituído deve ser guardado por no mínimo 05 anos)	x		
637	Estabelece valores de referência apropriados para cada exame que são revisados e atualizados quando necessário		x	
638	Dispõe de instruções escritas sobre o preparo do paciente (ex: urinocultura, jejum, dieta)	x		
639	Assegura o nível de biossegurança apropriado para os riscos (1 ou > que 1, segundo a classificação do CDC, 1999)	x		
640	Assegura os exames diagnósticos ao paciente atendido no setor de assistência imediata para embasar a decisão sobre sua admissão, transferência ou referência		x	
641	Dispõe de um programa de gerenciamento de equipamentos. Os mesmos são inspecionados, testados e calibrados regularmente dispõem de registros apropriados dessas atividades		x	
642	Dispõe de registro da manutenção corretiva de equipamentos		x	
643	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) escritas e atualizadas: limpeza periódica e desinfecção dos filtros do sistema de ventilação artificial (ar condicionado) com registro, lavagem e anti-sepsia das mãos, limpeza e desinfecção das superfícies e outras		x	
644	Mantém programa de educação e treinamento continuado			x
645	Dispõe de um programa de controle interno e auditorias internas (manter registros no mínimo por 05 anos)			x
646	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			x

		REL		
		I	N	R
	C.1 LABORATÓRIO¹⁰			
647	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
648	Certificado de inscrição e comprovantes de participação no Programa de Controle Externo de Qualidade, reconhecido por órgão competente	X		
649	Dispõe de registros que evidenciam ocorrências e suas respectivas ações corretivas e monitoração (ex: de valores críticos e as notificações dos pacientes e/ou médicos)			X
650	Dispõe de registro dos controles de qualidade dos últimos 5 anos (observar frequência, origem das amostras, resultados das determinações)			X
651	Dispõe de registro de validação dos métodos de exame			X
652	Dispõe de estatística do tempo médio de entrega dos exames (disponibilizados no momento oportuno)			X
653	Monitora percentual de repetição do procedimento de coleta de exames			X

¹⁰Laboratório próprio ou relacionamento formal com uma a unidade localizado no mesmo edifício ou à distância (com regras estabelecidas para transporte das amostras assegurando suas características). No caso do laboratório noutra local, o transporte deve ser feito em veículos adaptados, com compartimento anti-choque, caixa climatizada (com controle de temperatura, com dispositivo de segurança) e acondicionamento adequado. O Controle do tempo despendido e pessoal provido de EPIs são fatores relevantes

		REL		
		I	N	R
	C.2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
654	Serviços de imagem oferecido pelo hospital ou está disponível através de convênio / contrato com outra instituição	x		
655	Serviço habilitado de acordo com os requisitos estabelecidos pela legislação vigente: Vigilância Sanitária (Port. 453 de 01 junho de 1998) e/ ou Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e dispõe de certificado e alvará de funcionamento atualizado exposto em local visível	x		
	Dispõe à disposição da inspeção do Plano de Proteção Radiológica - PPR, aprovado pela CNEN e Vigilância Sanitária.		x	
656	Dispõe de sala de espera para pacientes e acompanhantes providas de sanitários	x		
657	Dispõe de área para registro dos pacientes	x		
658	Dispõe de área para preparação e vestiário para pacientes	x		
659	Dispõe de área para preparação de contraste	x		
660	Dispõe de área para revelação dos filmes	x		
661	Dispõe de área para guarda de maca e cadeira de roda		x	
662	Dispõe de sala de indução anestésica e recuperação de exames com distância de 8,5m entre macas e paredes , exceto cabeceira de 0,6m			x
663	Conta com, pelo menos, um equipamento fixo de no mínimo 300mA, com dispositivo tipo colimador	x		
664	Dispõe de aparelho de ultra-sonografia	x		
665	Dispõe de Tomógrafo			x
666	Dispõe de Ressonância Magnética			x
667	Lavabo dotado de dispensador com degermante, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa		x	
668	Conta com equipamento radiológico portátil para realização de estudos nas unidades de internações, UTI e salas de cirurgia	x		
669	Dispõe de local para estudos, interpretação de exames, elaboração de relatórios e arquivo	x		
670	Dispõe de material de reanimação cardiorrespiratória (medicamentos e equipamentos) na sala de exame contrastado	x		
671	Blindagem de paredes, pisos, tetos e portas das salas que contêm equipamentos geradores de radiações (revestidas com chumbo, barita ou vidro plumbífero)	x		
672	Dispõe de cabines de comando com dimensões e blindagem suficiente para proporcionar proteção ao operador e observação do paciente através de visor ou eletrônica (televisão) ou biombo fixado no piso, com altura mínima de 2,10m	x		
673	Dispõe de mecanismos restritivos ao acesso utilizando símbolo internacional de presença de radiação e Indicadores luminosos instalados nos locais de acesso às áreas sujeitas a radiações para informar se os equipamentos estão em uso	x		

		REL		
		I	N	R
	C.2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
674	Dispõe de EPIs e EPCs: aventais, luvas, óculos, biombo plumbífero, avental plumbífero, protetor de tireóide e outras blindagens de contato utilizadas para a proteção de pacientes, de acompanhantes autorizados ou de profissionais durante as exposições	x		
675	O responsável pelo serviço possui habilitação específica e esta capacitado (pode ou não ser o supervisor de proteção radiológica de radiodiagnóstico)	x		
676	Dispõe de médicos especialistas, titulados, para interpretação dos exames radiológicos	x		
677	Dispõe de enfermeiro de apoio			x
678	Funciona 24 horas com médico radiologista em regime de prontidão passiva ou plantão ativo (hospital com serviço de urgência / emergência) assegurando os exames necessários para embasar a decisão sobre sua admissão, transferência ou referência		x	
679	Funciona 24 horas com técnico em regime de plantão ativo (hospital com serviço de urgência / emergência)	x		
680	Os especialistas do serviço são consultados sobre os métodos mais apropriados para cada caso e interpretam os resultados dos estudos na integração diagnóstica		x	
681	Dispõe de equipe de enfermagem e equipamentos para realização de procedimentos invasivos sob controle radioscópico ou ecográfico (endoscopia, punções aspirativas, punções biópsia e outros)			x
682	Dispõe de dosímetro e relatório de leitura mensal como meio de controle da exposição ocupacional	x		
683	Dispõe de um programa de monitoração de radiação implantado para comprovar os níveis de radiação por área, incluindo verificação de blindagem e dos dispositivos de segurança	x		
684	Mantém atualizado o memorial descritivo de proteção radiológica (O prontuário clínico individual previsto pela NR-07 deve ser mantido atualizado e ser conservado por 30 anos)	x		
685	Dispõe de registro da manutenção corretiva de equipamentos	x		
686	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) escritas e atualizadas: limpeza periódica e desinfecção dos filtros do sistema de ventilação artificial (ar condicionado) com registro, lavagem e anti-sepsia das mãos, limpeza e desinfecção das superfícies e outras emanadas da CCIH		x	

		REL		
		I	N	R
	C.2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
687	Dispõe filmes, materiais e reagentes necessários, registrados no MS (verificar validade, data da abertura, condições de armazenamento e estoque) rotulados adequadamente e descartados de acordo com rotinas definidas		x	
688	Esclarece ao cliente sobre as condições de realização do exame		x	
689	Assegura que nenhum paciente seja exposto à irradiação sem solicitação médica	x		
690	Dispõe de registro dos nomes dos pacientes e data da realização dos exames	x		
691	Os equipamentos são inspecionados, testados e calibrados regularmente e dispõe de registros dessas atividades	x		
692	Mantém programa de educação 7(ex: prevenção de infecção hospitalar, técnicas radiológicas, radioproteção...)		x	
693	Dispõe de registro da avaliação da satisfação da clientela interna e externa			x
694	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
695	Dispõe de registros que evidenciam ocorrências e suas respectivas ações corretivas e monitoração		x	
696	Dispõe do registro de controle das perdas tais como: dados de repetição dos exames (filmes perdidos- normal até 5%), consumo de material por exame (filmes, contrastes, seringas) e perdas de relatórios		x	
697	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos		x	

		REL		
		I	N	R
	C.3 MÉTODOS GRÁFICOS			
698	Dispõe de sala para interpretação dos laudos		x	
699	Lavabo dotado de dispensador com degermante, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa	x		
700	Dispõe de equipamento e profissional qualificado para fazer eletrocardiograma	x		
701	Dispõe de equipamento e profissional qualificado para fazer ecodopplercardiografia	x		
702	Dispõe de equipamento e profissional qualificado para fazer teste cárdio-pulmonar (espirometria)		x	
703	Dispõe de equipamento e profissionais habilitados para medição de potenciais evocados		x	
704	Dispõe de equipamento e profissional qualificado para fazer eletroencefalografia		x	
705	Exames realizados por técnicos treinados		x	
706	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizados		x	
707	Cumpre as normas emanadas da CCIH	x		
708	Laudos elaborados por médicos especialistas	x		
709	Rastreabilidade dos resultados dos exames desde a requisição até a entrega do laudo		x	
710	Dispõe de registro da sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos		x	
711	Existe evidência de que os resultados são entregues em tempo hábil para sua utilização		x	
712	Mantém programa de educação e treinamento continuado		x	
713	Dispõe de registro da avaliação da satisfação da clientela interna e externa			x
714	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
715	Dispõe de um sistema de controle das falhas de identificação de exames		x	
716	Dispõe de estatística de incidentes com pacientes		x	
717	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos			x

		REL		
		I	N	R
	C.4 UNIDADE DE ANATOMIA PATOLÓGICA			
718	Dispõe de área para recepção e registro do material	x		
719	Dispõe de área para emissão e codificação dos laudos	x		
720	Infra-estrutura adequada para execução dos exames de acordo com o perfil assistencial (espaço físico, materiais e equipamentos)	x		
721	Lavabo dotado de dispensador com degermante, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa	x		
722	Serviço de citologia geral e oncótica	x		
723	Dispõe de responsável técnico habilitado	x		
724	O manuseio, transporte e descarte de resíduos gerados são efetuados dentro do previsto na legislação vigente	x		
725	Os funcionários usam sistematicamente os equipamentos de proteção individual para prevenção de acidentes	x		
726	Dispõe de profissionais qualificados responsáveis pela execução dos exames	x		
727	O serviço define e acompanha as técnicas de acondicionamento e transporte das peças cirúrgicas		x	
728	A rastreabilidade do exame desde a coleta até a emissão do laudo está assegurada (lâminas e laudos)	x		
729	Dispõe de estrutura para realização de exame intra-operatório (ex: biópsia de congelação)		x	
730	Registra os laudos de necrópsias		x	
731	Profissionais participam das reuniões anátomo-clínicas		x	
732	Profissionais participam comissão de análise de óbitos		x	
733	Existe preocupação com arquivo fotográfico científico e das peças anatômicas			x
734	Dispõe de registro da sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos	x		
735	Cumpe as normas emanadas da CCIH	x		
736	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizados		x	
737	Mantém programa de educação e treinamento continuado			x
738	Dispõe de registro da avaliação da satisfação da clientela interna e externa			x
739	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
740	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos		x	

		REL		
		I	N	R
	C.5 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - AT¹¹			
741	Dispõe de relacionamento formal com serviço de hemoterapia do qual obtém sangue e componentes, em prazo inferior à uma hora	x		
742	Lavabo dotado de dispensador com degermante, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa	x		
743	Dispõe de geladeiras e congeladores apropriados para armazenagem de sangue, hemocomponentes e hemoderivados de uso exclusivo.	x		
744	A temperatura de estocagem é monitorada periodicamente. Verificar registros	x		
745	O armazenamento de unidades procedentes de doação autólogas são acondicionadas de maneira diferente das procedentes de doações homólogas	x		
746	Dispõe de equipos livres de pirógenos e descartáveis, que incluam um filtro de transfusão capaz de reter coágulos e agregados.	x		
747	Dispõe de responsável técnico conforme a legislação	x		
748	Os funcionários usam sistematicamente os equipamentos de proteção individual para prevenção de acidentes	x		
749	Dispõe de meios para realizar os exames imunohematológicos pré-transfusionais (grupo ABO- tipagem direta e reversa, tipo Rh _o (D), pesquisa de anticorpos irregulares e provas de compatibilidade) na amostra do doador	x		
750	Dispõe de meios para realizar os exames imunohematológicos pré-transfusionais (grupo ABO, tipo Rh _o (D), pesquisa de anticorpos irregulares e provas de compatibilidade) na amostra do receptor	x		
751	As unidades de transfusão são submetidas a testes sorológicos (pesquisa de Hepatite B e C, HIV-1 e HIV-2, Sífilis, Doença de Chagas, e anti-HTLV-I / II.)	x		
752	Nas regiões endêmicas de Malária com transmissão ativa, deve ser realizado o exame parasitológico/hematoscópico. Em regiões endêmicas sem transmissão ativa recomenda-se o exame sorológico	x		
753	O descarte de sangue total, hemocomponentes está de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), e deve respeitar o disposto na RDC/Anvisa nº 33 de 25 de fevereiro de 2003, ou a que vier substituí-la	x		

		REL		
		I	N	R
	C.5 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - AT¹¹			
754	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) dos procedimentos operacionais padrões (POP), técnicos e administrativos de: recebimento, armazenamento e liberação dos hemocomponentes; transporte das bolsas; coleta de amostra e identificação; técnica de transfusão e biossegurança		x	
755	Dispõe de protocolo para detecção, tratamento e a prevenção das reações transfusionais	x		
756	Mantém arquivados, por no mínimo 20 anos, os registros que permitam a rastreabilidade da unidade de sangue ou do hemocomponente, desde a sua obtenção até o seu destino final, incluindo-se os resultados dos exames de laboratório referentes a esse produto.	x		
757	Os hemoderivados e hemocomponentes são armazenadas em refrigerador exclusivo, com controle de temperatura, devidamente rotuladas e identificados com os grupos sanguíneos e testes de rotina, prazo de validade permitindo a rastreabilidade e segurança	x		
758	Dispõe de Comitê Transfusional		x	
759	Dispõe de registro de treinamento sobre os procedimentos para profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados		x	
760	Dispõe de registro da avaliação da satisfação da clientela interna e externa			x
761	As reações adversas às doações e às transfusões são avaliadas periodicamente, notificadas (verificar registro de ações de hemovigilância)		x	
762	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade interno para assegurar que as normas e os procedimentos sejam apropriadamente executados			x

¹¹ Condições preconizadas para Serviço de Hemoterapia de Hospitais que apenas solicitam e aplicam hemoderivados.

		REL		
		I	N	R
	C.6 UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO – UCT¹²			
763	Dispõe de área exclusiva	x		
764	Ventilação e iluminação adequadas	x		
765	Paredes, pisos e bancadas constituídas de material liso, lavável e impermeável	x		
766	Estado de conservação e higiene das paredes, pisos e bancadas satisfatórias	x		
767	Dispõe de área privativa para atendimento do doador	x		
768	Dispõe de ambiente e equipamentos adequados, para que as diferentes atividades possam ser realizadas segundo as boas práticas de manipulação.	x		
769	Dispõe de geladeiras e congeladores apropriados para armazenagem de sangue, hemocomponentes e hemoderivados de uso exclusivo.	x		
770	Lavabo dotado de dispensador com degermante, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal	x		
771	Dispõe de equipos livres de pirógenos e descartáveis, que incluam um filtro de transfusão capaz de reter coágulos e agregados.	x		
772	Gerenciado por médico hemoterapeuta, hemtologista ou outro profissional capacitado por órgão competente. Permanece de sobreaviso 24 horas		x	
773	Dispõe de técnico de plantão ativo 24 horas		x	
774	Dispõe de medicamentos e equipamentos necessários para oferecer assistência médica ao doador que apresente reações adversas.	x		
775	Os funcionários usam sistematicamente os EPIs para prevenção de acidentes		x	
776	Dispõe de livro de registro com controle de estoque dos hemocomponentes com anotações das entradas (doadores) e saídas (receptores), registrado na Vigilância Sanitária	x		
777	Dispõe de meios para realizar os exames imunohematológicos pré-transfusionais (grupo ABO- tipagem direta e reversa, tipo Rh _o (D), pesquisa de anticorpos irregulares e provas de compatibilidade) na amostra do doador	x		
778	Dispõe de meios para realizar os exames imunohematológicos pré-transfusionais (grupo ABO, tipo Rh _o (D), pesquisa de anticorpos irregulares e provas de compatibilidade) na amostra do receptor	x		
779	As unidades de transfusão são submetidas a testes sorológicos (pesquisa de Hepatite B e C, HIV-1 e HIV-2, Sífilis, Doença de Chagas, e anti-HTLV-I / II.)	x		

		REL		
		I	N	R
	C.6 UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO – UCT¹²			
780	Nas regiões endêmicas de Malária com transmissão ativa, deve ser realizado o exame parasitológico / hematoscópico. Em regiões endêmicas sem transmissão ativa recomenda-se o exame sorológico			x
781	Dispõe de arquivos informatizados de entrada e de liberação de sangue, com cópias de segurança, arquivadas em local distinto com garantia de inviolabilidade		x	
782	Mantém arquivados, por no mínimo 20 anos, os registros que permitam a rastreabilidade da unidade de sangue ou do hemocomponente, desde a sua obtenção até o seu destino final, incluindo-se os resultados dos exames de laboratório referentes a este produto.		x	
783	Amostras do receptor e da unidade transfundida são estocadas, refrigeradas e seladas por um mínimo de sete dias			x
784	Os hemoderivados e hemocomponentes são armazenadas em refrigerador exclusivo, com controle de temperatura, devidamente rotuladas e identificadas com os grupos sanguíneos e testes de rotina permitindo a rastreabilidade e segurança	x		
785	O sigilo das informações prestadas pelo doador no processo de doação de sangue é preservado. O candidato assina consentimento livre e esclarecido (permitindo a doação de sangue e consentindo a realização dos testes exigidos)	x		
786	As unidades a serem transfundidas, são identificadas (nome do receptor, o leito e local, o grupo ABO e fator Rh(D) do receptor, o número de identificação da unidade, seu grupo ABO e fator Rh(D), a conclusão da prova cruzada maior e a data do envio do hemocomponente para a transfusão)	x		
787	As solicitações para transfusão são feitas em formulários específicos com informações de identificação do receptor (nome, sexo, idade, peso, prontuário, leito, diagnóstico, antecedentes transfusionais, dados laboratoriais que justifiquem a indicação, data, assinatura e o CRM do médico solicitante.	x		
788	O envio de hemocomponentes para outra instituição deve ser regido pela obediência às normas de biossegurança e às exigências técnicas relacionadas à sua conservação	x		
789	O descarte de sangue total, hemocomponentes e resíduos de laboratório deve estar de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), e deve respeitar o disposto na RDC/Anvisa nº 33 de 25 de fevereiro de 2003, ou a que vier substituí-la	x		

		REL		
		I	N	R
	C.6 UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO – UCT ¹²			
790	Dispõe de manual (is) de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) dos procedimentos operacionais padrões (POP), técnicos e administrativos de: recebimento, armazenamento e liberação dos hemocomponentes; transporte das bolsas; coleta e identificação de amostra; técnica de transfusão e biossegurança		X	
791	Dispõe de protocolos para detecção, tratamento e a prevenção das reações transfusionais		X	
792	Promove campanha para doação de sangue focada no cliente doador/paciente			X
793	Dispõe de mecanismos de orientação ao doador / paciente pós-coleta	X		
794	Realiza coleta de sangue para abastecimento do banco provedor			X
795	Funciona como centro de referência para outros serviços			X
796	Mantém programa de educação e treinamento continuado sobre os procedimentos para profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados (verificar registro)		X	
797	Dispõe de sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos	X		
798	Dispõe de protocolo das reações transfusionais imediatas e tardias	X		
799	Dispõe de Comitê Transfusional		X	
800	Dispõe de registro da avaliação da satisfação da clientela interna e externa			X
801	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade Interno e participa de programas de controle de qualidade externo (proficiência), para assegurar que as normas e os procedimentos sejam apropriadamente executados e que os equipamentos, materiais e reativos funcionem corretamente			X
802	As reações adversas às doações e às transfusões são avaliadas periodicamente, notificadas (verificar registro de ações de hemovigilância)		X	

¹² UCT: entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, que realiza coleta de sangue total e transfusão, localizada em hospitais ou pequenos municípios, onde a demanda de serviços não justifique a instalação de uma estrutura mais complexa de hemoterapia. Poderá ou não processar o sangue total e realizar os testes imuno-hematológicos dos doadores. Deverá encaminhar para a realização da triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência.

D. GESTÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS

D.1 FARMÁCIA

D.2 NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

D.3 CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES - CCIH

D.4 INFORMAÇÃO DO PACIENTE

D.5 ESTATÍSTICA

D.6 NECROTÉRIO

D. GESTÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS		REL		
D.1 FARMÁCIA		I	N	R
803	Dispõe de área exclusiva	X		
804	Ventilação e iluminação adequadas	X		
805	Paredes, pisos e bancadas constituídas de material liso, lavável e impermeável		X	
806	Estado de conservação e higiene das paredes, pisos e bancadas satisfatórias	X		
807	Área de armazenagem (protegidos do calor e luz excessiva)	X		
808	Área de distribuição	X		
809	Área para dispensação (farmácia satélite)		X	
810	Local para manipulação, fracionamento de doses e reconstituição de medicamentos	X		
811	Dispõe de tela nas janelas quando comunicam diretamente para a área externa da edificação		X	
812	Lavabo com sabão / anti-séptico, toalhas descartáveis e lixeira com tampa c/ acionamento por pedal ou s/ tampa	X		
813	Sanitário com vestiário para funcionários		X	
814	Refrigerador ligado a sistema alternativo de energia	X		
815	Estante modular aberta	X		
816	Arquivo	X		
817	Dispõe de estrutura para preparação de alimentação parenteral (câmara de fluxo laminar)		X	
818	Dispõe de estrutura para produção / manipulação- farmacotécnica		X	
819	Farmacêutico (licenciado, certificado e treinado) em plantão ativo ou à distância 24 horas	X		
820	Pessoal uniformizado com luvas e avental para manuseio de fármacos		X	
821	Dispõe de registro da sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos		X	
822	Dispõe de registro de controle da temperatura dos refrigeradores	X		
823	Dispõe de normas e rotinas operacionais atualizadas sobre: aquisição, distribuição, conferência e armazenagem de medicamentos		X	
824	Existe interação com a CCIH, setor de compras e outros serviços do hospital	X		
825	Armazenamento de acordo com as características físico-químicas (armazenagem geral, inflamáveis e termolábeis); com disposição por categoria de produtos (separação para medicamentos, germicidas e material médico-hospitalar) em ordem alfabética	X		

		REL		
D.1 FARMÁCIA		I	N	R
826	Dispensação de dose unitária / individualizada 24 horas com padronização de horários para recebimento de receitas e normas escritas para fracionamento e embalagem dos medicamentos		x	
827	Controle de estoque (código de barras ou outros) informatizado, devolução de medicamento e respectiva alteração do estoque, disparo automático do processo de compra com estoque mínimo e sistema de segurança		x	
828	Controla a validade, rótulos e registro sanitário de: medicamentos, saneantes, degermantes, materiais, equipamentos, kits de reagentes, nutrição parenteral entre outros		x	
829	Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente com acesso restrito e controle dos estoques no CC, emergência, UTIs e unidades de internação		x	
830	Medicamentos de emergências são disponíveis, protegidos contra perda ou roubo e substituídos quando danificados ou fora da validade		x	
831	Disponibiliza uma lista de medicamentos definida através de um processo colaborativo e existe a alternativa para obter medicamentos não integrantes da lista padronizada	x		
832	Padroniza germicidas		x	
833	Dispõe de rotinas para a preparação, a manipulação, a armazenagem e a distribuição de terapia nutricional parenteral e enteral		x	
834	Assegura inutilização no descarte de medicamentos (vencidos ou fora do uso) e materiais médico-hospitalares	x		
835	Dispõe de normas atualizadas de antibioticoterapia profilática pré-cirúrgica e uso terapêutico em consonância com a CCIH		x	
836	Dispõe de Comissão de Vigilância Farmacêutica (farmacêutico, bacteriologista e chefes de departamentos)		x	
837	Monitora o efeito dos medicamentos e notifica eventos adversos			x
838	Orienta sobre interações medicamentosas			x
839	Mantém programa de educação e treinamento continuado			x
840	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes			x
841	O setor está integrado a um Programa Institucional de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
842	Monitora o percentual de perdas de medicamentos (vencimento)			x
843	Monitora o percentual de gastos com medicamentos (consumo)			x
844	Monitora o percentual de erros de medicação (notificação de falhas na administração)			x
845	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos		x	

		REL		
		I	N	R
	D.2 NUTRIÇÃO E DIETÉTICA			
846	Dispõe de área exclusiva	X		
847	Ventilação e iluminação adequadas	X		
848	Estado de conservação e higiene das paredes, pisos e bancadas satisfatórias		X	
849	Dispõe de barreira física ¹³ e / ou técnica ¹⁴	X		
850	Cozinha dotadas de sistemas de exaustão e outros equipamentos que reduzam a dispersão de gorduras e vapores, conforme estabelecido na NBR 14518.	X		
851	Área para preparo dos alimentos		X	
852	Dispõe de lactário com barreira (vestiário para sala de preparo, envase e estocagem)	X		
853	Refeitórios para: pacientes, funcionários e público	X		
854	Despensa com estrados e prateleiras adequados ao armazenamento de gêneros alimentícios	X		
855	Janelas teladas quando comunicam diretamente com a área externa da edificação	X		
856	Portas com fechamento automático quando comunicam diretamente com a área externa da edificação			X
857	Refrigeradores em bom estado de conservação e controle de temperatura com frequência mínima diária (temperatura máxima, mínima e de momento)		X	
858	Bomba de infusão para alimentação parenteral			X
859	Dispõe de local adequado para preparo de alimentação enteral com barreira (vestiário para sala de manipulação, envase e limpeza e sanitização de insumos)		X	
860	Lavatório para higienização das mãos provido de sabão, papel - toalha e lixeira de acionamento por pedal ou sem tampa	X		
861	Serviço administrado por nutricionista	X		
862	Equipe multidisciplinar atuando em programa de educação alimentar (verificar registro)			X
863	Pessoal uniformizado com touca, avental e sapatos fechados	X		
864	Dispõe de registro da sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos		X	
865	A nutricionista visita o paciente durante a internação (verificar registro)			X
866	Dispõe de planejamento de compras das provisões		X	
867	Dispõe de mecanismos de controle da qualidade dos alimentos (verificar registro)		X	
868	Dispõe de controle de estoque dos alimentos e são armazenados de modo a evitar contaminação e desperdício		X	
869	Controla o número de pacientes que faz uso de sonda nasoenterais e nasogástricas para nutrição enteral		X	

		REL		
D.2 NUTRIÇÃO E DIETÉTICA		I	N	R
870	Cumprir as normas emanadas da CCIH	x		
871	Dispõe de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: recepção, desinfecção, preparo, conservação (perecível e não perecível) e fluxo de distribuição dos alimentos		x	
872	Dispõe de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: congelamento (identificação e prazo de validade) e descongelamento dos alimentos		x	
873	Dispõe de norma (s) e rotina (s) atualizada (s) sobre: limpeza de pisos, superfícies, equipamentos, utensílios e higienização das mãos		x	
874	Dispõe de relação de dietas básicas por patologia de maior prevalência, elaborada por nutricionista, com composição de nutrientes.	x		
875	Os pacientes têm prescrição dietoterápica . Observando o plano de cuidado é oferecido opções de cardápios adequados à idade, preferências culturais	x		
876	Mantém programa de educação e treinamento continuado		x	
877	Dispõe de levantamento sobre satisfação do usuário em relação ao cardápio, qualidade, quantidade e temperatura dos alimentos (verificar registros)		x	
878	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
879	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos		x	

¹³Barreira física quando o local de lavagem dos utensílios utilizados pelos pacientes e funcionários é de uso exclusivo e separado da área de preparo dos alimentos. ¹⁴Barreira técnica quando higienização e preparo são executados no mesmo local, observando rotinas com horários diferenciados.

		REL		
D.3 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES - CCIH		I	N	R
880	Dispõe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) com atividades que inclui todos os setores da instituição e desenvolve ações de vigilância, prevenção e controle de infecções hospitalares	x		
881	Dispõe de representantes dos serviços: médico, enfermagem, farmácia, laboratório e administração, com nomeação comprovada ¹⁵	x		
882	A CCIH inclui o cuidado do paciente e dos profissionais da saúde		x	
883	Dispõe de regimento interno	x		
884	Dispõe de laboratório de microbiologia		x	
885	Existem pôsteres, informes e cartazes nos setores		x	
886	A CCIH treina os profissionais da limpeza, nutrição, enfermagem médicos, pacientes e quando apropriado familiares, para prática das normas e rotinas de prevenção e controle da infecção hospitalar (verificar registro: conteúdo programático, data, periodicidade e comprovante de frequência)		x	
887	Existem atas ou registros das deliberações da comissão nos últimos seis meses (verificar)	x		
888	Dispõe de isolamento para portadores de doenças infecto-contagiosas e com imunodeficiência		x	
889	Monitora o manuseio e o descarte de material perfuro-cortante	x		
890	Assiste o funcionário acidentado por perfuro-cortante	x		
891	Monitora a disponibilidade de lavabos com sabão / anti-séptico, toalhas descartáveis, lixeiras com tampas com acionamento por pedal ou lixeiras sem tampas	x		
892	Monitora a disponibilidade da utilização no hospital de coletor de urina fechado, com válvula anti-refluxo	x		
893	Monitora o manuseio de sangue e hemoderivados		x	
894	Identifica situações nas quais o uso de EPIs e EPCs se faz necessário. Disponibiliza e realiza treinamento para o uso adequado	x		
895	Identifica situações nas quais a lavagem das mãos e o uso de desinfetante se faz necessário. Realiza treinamento para o procedimento adequado	x		
896	Monitora o manuseio e o destino do lixo e material biológico (PGRSS)		x	
897	A CCIH utiliza métodos ativos de vigilância epidemiológica (busca ativa, registra os resultados e notifica as compulsórias -verificar registro)	x		
898	Identifica e monitora as cepas prevalentes, resistentes a antibióticos e emite relatórios para o corpo clínico		x	

		REL		
		I	N	R
	D.3 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES - CCIH			
899	Dispõe de padronização de antimicrobianos através de protocolos		x	
900	A CCIH promove educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos	x		
901	Participa de Comissão Técnica para especificação de produtos a serem adquiridos	x		
902	Dispõe de norma (s) escrita (s), acessível (is) e atualizada (s) sobre: lavagem das mãos; curativos; cuidados com cateteres intravasculares e urinários; procedimentos de apoio respiratório; uso de EPIs; preparo de alimentos; métodos de esterilização; limpeza e desinfecção de equipamentos e ambientes; lavagem das roupas; biossegurança (exposição a material biológico e acidentes com perfuro cortantes); isolamento de pacientes	x		
903	Mantém programa de educação e treinamento continuado em serviço, sobre práticas de controle de infecção hospitalar com cronograma publicado		x	
904	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			x
905	O programa está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade geral da instituição			x
906	A CCIH monitora pró – ativamente e divulga os riscos, taxas e tendências das infecções hospitalares com apoio do sistema de informação e compara com os dados de outras instituições com o mesmo perfil			x
907	Monitora Taxa de Infecção Hospitalar $\frac{\text{N}^\circ \text{ de episódios de infecções atribuíveis ao hospital no período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos (por alta, óbito e transferências) no mesmo período}} \times 100$	x		
908	Monitora Taxa de Infecção Hospitalar por Topografia TIHPo ¹⁶ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de episódios de infecções por topografia, atribuíveis ao hospital, em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ total de episódios de infecção hospitalar no mesmo período}} \times 100$	x		
909	Monitora Taxa de Infecção Hospitalar por Procedimento TIHPr ¹⁷ = $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes submetidos a um procedimento de risco com infecção atribuível ao hospital em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes submetidos a este procedimento no mesmo período}} \times 100$	x		
910	Monitora Taxa de Infecção após procedimentos cirúrgicos limpos	x		

¹⁵Hospitais com até 70 leitos podem ter apenas o médico e a enfermeira.

¹⁶Por sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação como: taxa de infecção urinária após cateterismo vesical, taxa de pneumonia após uso de aspirador e outros.

¹⁷Principalmente nos setores de risco aumentado como: salas de cirurgia, salas de recuperação pós-anestésica, nos isolamentos, unidade de diálise, unidade de tratamento intensivo, unidade de queimados.

		REL		
D.4 INFORMAÇÃO DO PACIENTE		I	N	R
911	Pessoal suficiente e exclusivo do setor		X	
912	A tecnologia é suficiente para gerenciar a informação		X	
913	O setor está inter-relacionado com o setor de estatística		X	
914	Há acesso ao arquivo 24 horas		X	
915	O prontuário é preenchido em todos os atendimentos realizados, como registro único do cliente (hospitalar e ambulatorial), disponível para todos os envolvidos e autorizados, as prescrições e anotações, favorecendo a interação e a continuidade do cuidado	X		
916	O prontuário é legível, assinado pelos profissionais, com folhas datadas e com identificação do paciente e organizado numa seqüência lógica (registro de admissão, história clínica, evolução, prescrição, exames, pareceres, diagnóstico, consentimento informado e sumário de alta)	X		
917	Utiliza codificação padronizada de diagnósticos, procedimentos, símbolos e definições		X	
918	Na avaliação inicial inclui fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, exame físico e antecedentes patológicos e familiares		X	
919	Os relatos anestésicos e cirúrgicos são registrados no prontuário	X		
920	O sumário de alta contém no mínimo as seguintes informações: motivo da admissão; achados significativos; diagnósticos; procedimentos realizados; medicações e outros tratamentos; recomendações após alta		X	
921	O consentimento informado do paciente é obtido na admissão (geral) e antes de determinados procedimentos ou tratamento de alto risco	X		
922	O processo de transferência é registrado no prontuário	X		
923	Gerencia as informações: a guarda dos prontuários (protegidos contra perda e destruição), confidencialidade (acesso autorizado para cada categoria de dados e informações) e integridade (protegido de adulterações)	X		
924	O prontuário é acessível a equipe de saúde, dinamizando a circulação das informações e utiliza sistemática de controle de entrada, de saída e de rastreabilidade	X		
925	Assegura ao arquivo morto confidencialidade, segurança e resgate acessível	X		
926	Dispõe de Comissão de Prontuários com registro das reuniões periódicas, multiprofissionais, para revisão dos prontuários (focalizada na completude, pontualidade, legibilidade e outros) e retroalimentação do processo para melhoria da qualidade		X	
927	Dispõe de manual (is) norma (s), rotina (s) e procedimento (s) atualizado (s) relativos ao arquivo, entrega de exames, elaboração de estatística e montagem de prontuários		X	

		REL		
	D.4 INFORMAÇÃO DO PACIENTE	I	N	R
928	Mantém programa de educação e treinamento continuado		x	
929	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos			x
930	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
931	Dispõe de um sistema de indicadores que permite a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos		x	

		REL		
		I	N	R
	D.5 ESTATÍSTICA			
932	Dispõe de norma (s), rotina (s) e procedimento (s) voltado (s) para orientação do processo de coleta de dados		x	
933	Os dados estatístico são agregados, analisados e transformados em informações úteis por profissionais com habilidade apropriadas ao processo		x	
934	Os dados estatísticos fornecem o perfil do hospital, análise crítica do desempenho e são utilizados sistematicamente como instrumento de gestão e identificam oportunidades de melhoria da qualidade e inovações		x	
935	As informações estatísticas são publicadas mensalmente para subsidiar processos decisórios e são acompanhadas de interpretação (ex: análise de tendência com resultados de pelo menos três meses consecutivos)		x	
936	Promove reuniões periódicas para discussão dos dados publicados num intervalo apropriado à atividade ou área que está sendo medida		x	
937	Utiliza para comparação: banco de dados externos, padrões identificados e o resultado observado ao longo do tempo			x
938	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
939	Dispõe de registro estatístico mensal do número de consultas	x		
940	Dispõe de registro estatístico mensal do número de altas clínicas	x		
941	Dispõe de registro estatístico mensal do número de altas cirúrgicas	x		
942	Monitora Verifica a Taxa de Ocupação $TO = \frac{\text{N}^\circ \text{ de paciente dia durante determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos dia}} \times 100$	x		
943	Monitora Média de Permanência das internações $MPe = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia durante determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos (por alta/óbito) no mesmo período}}$	x		
944	Monitora Taxa de Mortalidade Geral $TMG = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de pacientes internados em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos no mesmo período}} \times 100$	x		
945	Monitora Taxa de Internamento por Patologia $TPr = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados por determinada patologia no período}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egressos (por alta/óbito/ transferências) no mesmo período}} \times 100$	x		

		REL		
		I	N	R
	D.6 NECROTÉRIO			
946	Área física adequada ao número de leitos e perfil de atendimento		x	
947	Iluminação e ventilação satisfatórias		x	
948	Paredes e pisos em bom estado de conservação e higiene		x	
949	Sala de preparo e guarda do cadáver (14m ² para 2 cadáveres)		x	
950	Sala para velório (15m ²)		x	
951	Sanitário para o público		x	
952	Banco de espera		x	
953	Acesso externo independente (21 m ²)	x		
954	Os funcionários usam sistematicamente EPIs	x		
955	Dispõe de rotina escrita sobre: preparo do corpo, sistema de controle e identificação, tamponamento adequado dos orifícios da cavidade natural, dentre outros	x		

E. GESTÃO DAS ÁREAS DE PROCESSAMENTO E ABASTECIMENTO

E.1 CENTRO DE MATERIAL

E.2 LAVANDERIA

E . GESTÃO DAS ÁREAS DE PROCESSAMENTO E ABASTECIMENTO		REL		
E.1 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO		I	N	R
956	Dispõe de área exclusiva	X		
957	Ventilação e iluminação adequadas	X		
958	Estado de conservação e higiene das paredes, pisos e bancadas satisfatórias	X		
959	Dispõe de área de recepção, descontaminação e separação de material (mínimo 8,0m ²)		X	
960	Dispõe de área para lavagem e preparo de luvas (entalcamento)		X	
961	Dispõe de área para recepção e preparo de materiais e roupas limpas (mínimo de 12,0 m ²)		X	
962	Dispõe de área para esterilização física (calor seco: estufa ou forno; calor úmido: autoclave; radiação: raios gama, Co 60°C, cobalto / ultravioleta, electronbeam)	X		
963	Dispõe de área para esterilização química líquida (gases: formaldeído ou paraformaldeído, óxido de etileno; líquidos: glutaraldeídos a 2%, brometo de lauril ; agentes químicos: peróxido de hidrogênio-sterrad, ácido peracético-stéris, ácido peracético+peróxido de hidrogênio- abitox)		X	
964	Sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupa esterilizada (com mínimo recomendável de 10,0 m ²)	X		
965	Sanitários com vestiários poderão ser comuns às áreas suja e limpa, desde que necessariamente estes se constituam em uma barreira à área limpa e o acesso à área suja não seja feito através de nenhum ambiente de área limpa		X	
966	Os setores são separados por portas com visores		X	
967	Lavatório para degermação das mãos provido de sabão anti-séptico, papel-toalha, lixeira c/ tampa acionada com pedal ou sem tampa	X		
968	Ventilação mecânica equipada com filtros de alta eficiência		X	
969	Dispõe de balcões, estantes e armários para depósito de material esterilizado constituídos de material lisos, impermeáveis, isentos de umidade e em bom estado de conservação e higiene	X		
970	Dispõe de autoclave com controle de temperatura (separação mínima entre as autoclaves= 20 cm)	X		
971	Responsável Técnico, o enfermeiro: nos hospitais pequenos admite-se que seja o mesmo profissional da supervisão; nos hospitais de médio e grande porte deve haver 01(um) enfermeiro exclusivo para esta área ou para uma unidade de CME, CC, quando essas áreas forem adjacentes	X		

		REL		
		I	N	R
	E.1 PROCESSAMENTO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO			
972	Pessoal com habilitação específica e dimensionado de acordo com a demanda e modelo assistencial		X	
973	Fluxo seqüencial dos procedimentos observando a barreira física e barreira técnica	X		
974	Área de circulação restrita com comunicação com o exterior através de balcão ou visor para entrega e para recepção de materiais	X		
975	Os funcionários dispõem dos EPIs: gorro, máscara, avental plástico, botas e luvas (recebimento, descontaminação, lavagem e separação de material "sujo")	X		
976	Dispõe de registro da sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos		X	
977	Dispõe de controles biológicos, quinzenais e registrados		X	
978	A unidade acompanha o índice de positividade de exame bacteriológico do material esterilizado (verificar registro)		X	
979	Dispõe de registro quantitativo e qualitativo dos processos de esterilização por lotes	X		
980	A esterilização de materiais termossensíveis se faz através de óxido de etileno em serviço próprio ou contratado		X	
981	Lavagem e desinfecção de equipamentos são automatizados		X	
982	Invólucros íntegros, identificados com tipo de produto, data da esterilização, prazo de validade, indicador químico e rubrica do responsável		X	
983	Cumprir as normas emanadas da CCIH	X		
984	Dispõe de manual (is) norma (s), rotina (s) e procedimento (s) atualizado (s) sobre os procedimentos de esterilização	X		
985	Mantém programa de educação e treinamento continuado		X	
986	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes		X	
987	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X
988	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos		X	

		REL		
E.2 PROCESSAMENTO DE ROUPAS - LAVANDERIA		I	N	R
989	Iluminação com incidência de luz de fonte natural no seu interior e controle do excesso	x		
990	Ventilação deve proporcionar um ambiente de trabalho agradável. O ar deve fluir sempre do lado limpo para o sujo	x		
991	O sistema de exaustão da área contaminada e o da área limpa devem ser independentes	x		
992	Estado de conservação, higiene, áreas e circulação são satisfatórios		x	
993	O nível de ruído é aceitável de acordo NB95 e com NB-10152 que fixa níveis de ruídos compatíveis com o conforto acústico e a PT. Ministério do Trabalho de 06/78	x		
994	Dispõe de barreira de contaminação (separação física entre área suja e área limpa)	x		
995	Área física para processamento da roupa: processa até 100Kg roupa/dia=26m ² ; de 100 a 200Kg roupa/dia=36m ² ; de 201 a 400Kg roupa/dia=60m ² ; de 401 a 1500Kg roupa/dia=60m ² ; acima de 1500Kg roupa/dia=0,15m ² para cada Kg de roupa/dia		x	
996	Dispõe de área para recepção, separação, pesagem e lavagem (área suja)		x	
997	Dispõe de área para centrifugação e secagem (área limpa)		x	
998	Dispõe de área para dobragem, armazenamento e distribuição (área limpa)	x		
999	Dispõe de área para costura (área limpa)		x	
1000	Janelas teladas quando comunicam diretamente com a área externa da edificação		x	
1001	Dispõe de equipamentos da lavanderia, rouparia e costura suficientes, bem conservados e em pleno funcionamento		x	
1002	Dispõe de equipamentos mínimos na área suja: carro para transporte de roupa suja, balança plataforma, lavadora de roupa de porta dupla ou de barreira	x		
1003	Dispõe de equipamentos mínimos na área limpa: centrífuga, secadora, calandra e carro de roupa limpa fechado, identificado e de uso exclusivo	x		
1004	A roupa contaminada é coletada em recipiente impermeável, identificada e transportada em carro fechado	x		
1005	Troca diária de roupa e quando necessário	x		
1006	Dispõe de padronização da roupa (modelo da peça, tipo de tecido e cor)			x
1007	Dispõe de rotina atualizada sobre: higienização das mãos, coleta de roupa suja, processo e fluxo da lavagem, troca da roupa limpa e desinfecção da roupa	x		

		REL		
E.2 PROCESSAMENTO DE ROUPAS - LAVANDERIA		I	N	R
1008	Funcionários manipulam roupa suja uniformizados: calça, camisa ou avental longo (impermeável na área suja), luvas ¾ de borracha ou PVC, calçados fechados com solado antiderrapante (botas na área suja), gorro e máscara	x		
1009	Funcionários manipulam roupa limpa devidamente uniformizados: calça, camisa ou calçados fechados com solado antiderrapante	x		
1010	Dispõe de mecanismo de controle de circulação de pessoas ente as áreas (a comunicação entre as duas áreas somente é permitida por meio de visores ou intercomunicadores)	x		
1011	Os insumos utilizados são padronizados pela CCIH e registrados junto ao MS		x	
1012	Treinamento sistemático (mínimo anual) do pessoal a fim de diminuir risco de acidentes, doenças decorrentes da atividade, higienização do ambiente e processamento de roupa (verificar registro)		x	
1013	Mantém programa de educação e treinamento continuado em serviço		x	
1014	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes		x	
1015	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
1016	Provisão suficiente de roupa para cirurgia (cálculo do índice de suspensão de cirurgia por falta de roupa- verificar registro)			x
1017	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos		x	

¹⁸Clima Organizacional (ambiente de trabalho, organização do trabalho, recompensas não-financeiras, comunicação, integração, liderança, educação e treinamento, imagem do hospital, processo decisório, salários e benefícios e qualidade da assistência).

F. GESTÃO DE PESSOAS

F.1 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

F.2 SERVIÇO SOCIAL

F.3 BIBLIOTECA/ CENTRO DE ESTUDOS¹⁹ / ENSINO / PESQUISA

F. GESTÃO DE PESSOAS		REL		
F.1 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS		I	N	R
1018	Dispõe de responsável habilitado e / ou capacidade para gerenciar os recursos humanos	x		
1019	Dispõe de um plano de recursos humanos que identifica o número, o perfil e qualificações desejáveis dos profissionais	x		
1020	O recrutamento, avaliação das qualidades e contratação de pessoal dar-se através de critérios de competências utilizando-se de um processo uniforme		x	
1021	Dispõe de cadastro da força de trabalho com registro atualizado sobre: formação, qualificações, treinamentos, habilidades específicas, resultado de avaliações e experiência do corpo profissional		x	
1022	Dispõe de mecanismo estabelecido de verificação da regularidade dos funcionários frente aos conselhos de classe (licença)		x	
1023	Dispõe de plano de cargos e salários		x	
1024	Dispõe de mecanismo de prevenção de acidente de trabalho (verificar atuação da CIPA, SESMT e outras)		x	
1025	Dispõe de manual (is) de norma (s), rotina (s) e procedimento(s) atualizado (s) sobre gerenciamento de recursos humanos		x	
1026	Verificar a existência de pesquisa sobre clima organizacional ¹⁸ , pesquisa de satisfação, desempenho e outros		x	
1027	Gera, coleta, analisa e utiliza informações para planejar o programa de educação continuada		x	
1028	Dispõe de política de educação continuada e treinamento em serviço, bem como monitoramento da qualificação, para cada categoria profissional e proporciona tempo, equipamento e espaço	x		
1029	Dispõe de política de multiplicação e retenção de talentos			x
1030	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
1031	O corpo profissional é treinado para participar do Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade		x	
1032	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes		x	
1033	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria técnica, dos processos e procedimentos, mecanismos para solução de conflitos e minimização dos riscos		x	

¹⁸Clima Organizacional (ambiente de trabalho, organização do trabalho, recompensas não-financeiras, comunicação, integração, liderança, educação e treinamento, imagem do hospital, processo decisório, salários e benefícios e qualidade da assistência).

		REL		
F.2 SERVIÇO SOCIAL		I	N	R
1034	Dispõe de local apropriado para garantir a intimidade do assistido		x	
1035	Dispõe de profissionais habilitados em Serviço Social condizente com o porte do hospital	x		
1036	Dispõe de manual (is) de normas, rotina (s) e procedimento (s) atualizado (s)		x	
1037	Desenvolve programas para atender as necessidades de pacientes especiais			x
1038	O Serviço Social está integrado às demais atividades do hospital	x		
1039	O Serviço trabalha identificando grupos de risco social		x	
1040	O Serviço oferece atendimento aos funcionários da instituição			x
1041	Dispõe de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do cuidado		x	
1042	Equipe treinada sistematicamente (mínimo anual).Verificar registro		x	
1043	Orienta os pacientes e familiares sobre como encaminhar reclamações, sugestões e divergências quanto ao cuidado		x	
1044	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes		x	
1045	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
1046	Dispõe de arquivo de relatórios sócio-econômicos dos pacientes e das tarefas extra-hospitalares (inventário dos recursos comunitários, visitas comunitárias, relatórios)		x	

		REL		
		I	N	R
	F.3 BIBLIOTECA/ CENTRO DE ESTUDOS¹⁹ / ENSINO / PESQUISA			
1047	Dispõe de auditório	X		
1048	Biblioteca com áreas para: acervo, leitura e processos técnicos	X		
1049	Dispõe de espaço didático para funcionários		X	
1050	Dispõe de espaço didático para pacientes crônicos		X	
1051	Dispõe de atividades relacionadas à programas de educação formalmente reconhecidos tais como: graduação e/ou pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado)			X
1052	Dispõe de atividades relacionadas à programas de pesquisa (básica, clínica, operacional e epidemiológica)			X
1053	Conta com pessoal habilitado e/ou capacitação compatível, dimensionado de acordo com as necessidades do serviço		X	
1054	Conta com equipe dimensionada às necessidades do serviço e apoio exclusivo do setor		X	
1055	Dispõe de protocolos ou critérios estabelecidos que determinam a inclusão de pacientes em projetos de pesquisa		X	
1056	Dispõe de comitê para supervisionar as atividades de pesquisa (revisão de protocolos, avaliação de riscos relativos e benefícios aos pacientes e garantia da confidencialidade das informações)	X		
1057	Dispõe de um programa de incorporação de material bibliográfico a cargo da direção médica e proposto pelo corpo clínico		X	
1058	Dispõe de literaturas científicas e administrativas impressas atualizadas		X	
1059	Mantém assinatura de revistas científicas ou publicações científicas			X
1060	Disponibiliza e estimula a consulta aos grandes bancos de dados através da internet		X	
1061	O material informativo dão suporte ao gerenciamento, à educação continuada do corpo funcional e à pesquisa		X	
1062	Dispõe de manual (is) de normas, rotina (s) e procedimento (s) atualizado (s)		X	
1063	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes			X
1064	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			X

G. GESTÃO DE ÁREAS ADMINISTRATIVAS

G.1 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

G.2 DOCUMENTAÇÃO

G.3 MANUTENÇÃO

G.4 SEGURANÇA GERAL

G.5 SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

G.6 ACESSO E CAMINHOS DE CIRCULAÇÃO

G.7 SISTEMA ELÉTRICO

G.8 CONTROLE DE DEJETOS, RESÍDUOS E ÁGUA

G.9 LIMPEZA E ZELADORIA

G. GESTÃO DE ÁREAS ADMINISTRATIVAS E APOIO		REL		
G.1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO		I	N	R
1065	Dispõe de um Conselho Deliberativo que se constitui órgão superior, estabelece políticas gerais, define e aprova o planejamento operacional, fiscaliza o seu cumprimento, controla os resultados de sua execução e estabelece prioridades		X	
1066	O Diretor Geral tem formação administrativa e permanece um tempo mínimo de seis horas nos dias úteis		X	
1067	Diretor Clínico habilitado na área médica	X		
1068	Dispõe de Regimento Interno tem conhecimento formal de todo o corpo clínico	X		
1069	Diretor Técnico habilitado na área médica	X		
1070	Dispõe de organograma com descrição de competências, funções, atribuições e responsabilidades	X		
1071	Organiza as comissões, comitês, grupos de trabalho e serviços previstos (Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão de Óbitos, Comissão de Prontuários, Comitê de Pesquisa, CCIH, CIPA, SESMT, GTH e outras)	X		
1072	Dispõe de manual (is) de padronização e rotina (s) administrativas voltadas para a gestão de materiais e cadastro de fornecedores		X	
1073	Avalia a qualidade dos produtos e serviços comprados com foco no quesito segurança	X		
1074	A direção estabelece um plano e metas estrategicamente e de forma participativa		X	
1075	A direção elabora orçamento anual com provisão de recursos para operar a instituição e acompanha a execução orçamentária	X		
1076	Dispõe de serviço de Auditoria Interna que assessora a diretoria		X	
1077	Elabora balanço financeiro anual que é examinado por empresa de credibilidade reconhecida		X	
1078	Registros evidenciam a análise crítica dos processos administrativos e gerenciais (atas e registros de reuniões) pelos tomadores de decisão		X	
1079	Dispõe de alocação de recursos específicos para treinamento de pessoal em serviço, educação do paciente e familiares e atualização técnico-profissional		X	
1080	Dispõe de grupo de trabalho (no mínimo com responsáveis pelo corpo clínico, administrativo e de enfermagem) para melhoria dos processos administrativos e gerenciais, integração institucional e gerenciamento de riscos		X	

		REL		
G.1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO		I	N	R
1081	A direção desencadeia ações investigativas nos eventos adversos (ex: mortes inesperadas, reações à transfusão, reações adversas a fármacos, erros de medicação, discrepância importante entre o diagnóstico pré e pós-operatório e ventos adversos à anestesia)	x		
1082	Dispõe de coordenação e integração intra e entre departamentos e serviços		x	
1083	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre expectativas e a satisfação dos pacientes e familiares		x	
1084	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre expectativas e a satisfação do corpo funcional		x	
1085	O corpo funcional é treinado para participar do Programa de Melhoria da Qualidade, Produtividade e Segurança do paciente de forma sustentada		x	
1086	O Diretor Geral e as lideranças clínicas e administrativas planejam e executam e monitoram um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade que abrange toda a instituição		x	
1087	Os dirigentes de departamentos e serviços asseguram que o monitoramento das atividades proporcione avaliação dos profissionais e dos processos de cuidado		x	
1088	A direção provê o suporte tecnológico e outros necessários ao monitoramento e divulgação dos indicadores de melhoria de qualidade e produtividade		x	
1089	Monitora a taxa de rotatividade dos funcionários por categoria e/ou setor		x	
1090	Avalia através de dados estatísticos, periódica e sistematicamente, os custos com pessoal, materiais, medicamentos, honorários, serviços terceirizados e outros		x	
1091	A direção monitora, avalia e divulga os resultados de indicadores de desempenho (estruturais, dos processos e dos resultados clínicos e administrativos) e através de um processo comparativo com referências externas, pertinentes e positivas norteiam a tomada de decisão		x	
1092	A direção identifica e gerencia os riscos (sanitários, ambientais e ocupacionais), as prioridades (segurança dos clientes)	x		
1093	A direção monitora, avalia, documenta e divulga a efetividade de melhorias alcançadas e mantidas		x	

		REL		
G.2 DOCUMENTAÇÃO		I	N	R
1094	Dispõe de Alvará Sanitário	x		
1095	Dispõe de Alvará de localização e funcionamento expedido pelo município	x		
1096	A edificação é compatível com o projeto arquitetônico e / ou projetos de ampliação e reformas aprovados		x	
1097	Dispõe de projetos atualizados das instalações de gases		x	
1098	Dispõe de projetos atualizados das instalações hidro-sanitárias		x	
1099	Dispõe de projetos atualizados das instalações elétrico		x	
1100	Dispõe de projetos atualizados das instalações de climatizações		x	
1101	Dispõe de plantas de sonorização, sinalização de enfermagem, alarme de detecção contra incêndio, telefones, interfone e sistema de computadores		x	
1102	Todos os equipamentos estão inventariados		x	
1103	Dispõe de um plano diretor de obras a executar ou em execução que corresponde à missão da instituição com provisão financeira		x	

		REL		
G.3 MANUTENÇÃO		I	N	R
1104	Dispõe de oficina de manutenção (as máquinas, equipamentos e ferramentas, inclusive aquelas utilizadas pelas equipes de manutenção, devem ser submetidos à inspeção prévia e às manutenções preventivas de acordo com as instruções dos fabricantes, com a norma técnica oficial e legislação vigentes)	x		
1105	Dispõe de equipe mínima de plantão 24 horas ou alcançável para pequenos reparos de emergência	x		
1106	Sistema de conservação e recuperação predial e mobiliário		x	
1107	Dispõe de um sistema de gerenciamento e controle dos sistemas: água, eletricidade, gases, vapor, climatização, combate a incêndio, alarmes, telefonia e rede lógica (devendo manter um registro individual assinado pelo profissional que realizou cada ação)	x		
1108	Dispõe de um sistema de gerenciamento e controle dos equipamentos de infra-estrutura com foco nos requisitos de segurança (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros)	x		
1109	Dispõe de um sistema de gerenciamento dos equipamentos biomédicos: inventariar, inspecionar, testar, manter e documentar resultados		x	
1110	Dispõe de pessoal técnico (engenheiro sanitário ou de segurança) e auxiliares especializados, próprios ou de serviço contratado		x	
1111	Dispõe de registros de serviço de manutenção corretivos de equipamentos hospitalares, próprio ou contratado (verificar contratos ou convênios)		x	
1112	Dispõe de registros de serviço de manutenção preventiva das instalações sanitárias, hidráulicas e equipamentos. Veja áreas críticas:UTI, CME, CC e lavanderia (verificar contratos ou convênios)		x	
1113	Dispõe de manual (is) de normas, rotina (s) e procedimento (s) atualizado (s)		x	
1114	Mantém programa de educação e treinamento continuado		x	
1115	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes			x
1116	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
1117	Dispõe de programa de controle de desperdício e otimização de insumos (água, eletricidade e gases, vapor)			x
1118	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a informação para melhoria dos processos e procedimentos, minimizando riscos			x

		REL		
G.4 SEGURANÇA GERAL		I	N	R
1119	Dispõe de sinalização adequada nas saídas de emergências	x		
1120	Dispõe de área com identificação para pessoas e/ou veículos		x	
1121	Dispõe de dispositivo de alarme geral acústico ou luminoso	x		
1122	Dispõe de pára-raios			x
1123	Dispõe de vigilância 24 horas	x		
1124	Dispõe de um sistema de prevenção (dispositivo de detecção de fumaça, alarmes e brigada de incêndios) e extinção de incêndios (extintores químicos, hidrantes ou sistemas automáticos de extinção de incêndio)		x	
1125	Os extintores têm localização adequada e suas cargas são revisadas a cada seis meses (verificar data da última revisão)	x		
1126	Dispõe de plano de evacuação e treinamento de pessoal em situações de emergência (NBR 5410). Os testes de simulação estão documentados		x	
1127	O plano de ação às possíveis emergências, epidemias, desastres naturais ou outras calamidade são testados anualmente (verificar registros)			x
1128	Dispõe de alertas para pisos escorregadios		x	
1129	Dispõe de responsável capacitado para a atividade	x		
1130	Dispõe de manual (is) de normas, rotina (s) e procedimento (s) específico (s) atualizado (s)	x		
1131	Dispõe de um plano para limitar o tabagismo de profissionais e pacientes a áreas não assistenciais			x
1132	Mantém programa de educação e treinamento continuado		x	
1133	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes internos e externos		x	
1134	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
1135	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a melhoria dos processos, procedimentos e minimizando riscos		x	
1136	O hospital encontra-se integrado à Defesa Civil			x

		REL		
G.5 SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL		I	N	R
1137	Os vestiários dos funcionários dispõem de chuveiros	x		
1138	Dispõe de responsável técnico habilitado	x		
1139	Dispõe de documentação e registros correspondentes aos procedimentos de segurança e saúde ocupacional	x		
1140	São realizados exames admensionais e demissionais de todo o corpo funcional	x		
1141	São realizados exames periódicos e de retorno ao afastamento do trabalho		x	
1142	Os funcionários usam sistematicamente os EPIs e EPCs para prevenção de acidentes	x		
1143	Dispõe de cuidados adequados com equipamentos e uniformes quanto à provisão, descontaminação, lavagem e reposição de roupa suja	x		
1144	Dispõe de programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e outros sempre que for recomendada pelo MS, para todo o corpo funcional. NR-32	x		
1145	Dispõe de CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) dentro dos parâmetros preconizados na Portaria 3214/78 Quadro I-NR-5 ²⁰	x		
1146	Dispõe de SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) dentro dos parâmetros preconizados na Portaria 3214/78 Quadro III-NR-4 ²⁰	x		
1147	Dispõe de programas preventivos para grupos de riscos (ex: hemograma e contagem de plaquetas anual para funcionários que atuam na quimioterapia, radiologia e central de diluição)		x	
1148	Dispõe de mapa de risco (setores classificados por grupos de risco, de acordo com tarefas específicas e o nível de exposição a diferentes tóxicos) e o mesmo é afixado em locais de fácil visualização pelo corpo funcional		x	
1149	Dispõe de manual (is) de norma (s), rotina (s) e procedimento (s) nos quais estão descritos os riscos relativos ao tipo de trabalho desenvolvido		x	
1150	Existe evidência de divulgação das instruções para prevenção de acidentes de trabalho e preservação da saúde		x	
1151	Existe registro de treinamentos para prevenção de acidentes (choques elétricos, radiações, explosões e incêndios)		x	
1152	Dispõe de rotina de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos		x	
1153	Mantém programa de educação e treinamento continuado		x	
1154	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes		x	

		REL		
G.5 SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL		I	N	R
1155	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
1156	O pessoal que sofreu acidentes de trabalho nos últimos 06 meses se mostra satisfeito com a assistência recebida		x	
1157	A unidade acompanha o índice de acidentes perfuro-cortantes dos funcionários (verificar registro)	x		

²⁰A CIPA (a partir de 20 empregados) e SESMT (a partir de 101 empregados). Para determinação das dimensões leva-se em conta além do número de funcionários o grau de risco que se tratando de hospital é considerado 3. São, portanto, organizações obrigatórias nas empresas (inclusive nos hospitais), desde que o número mínimo de funcionários seja atingido. Portaria N° 3214/78 do Ministério do Trabalho.

		REL		
G.6 ACESSO E CAMINHOS DE CIRCULAÇÃO		I	N	R
1158	Existe facilidade e segurança para chegada e saída de pacientes, acesso fácil para circulação de macas e cadeira de rodas (dispõe de rampa, calçada rebaixada)	x		
1159	Dispõe de acesso diferenciado para veículos e pedestres		x	
1160	Dispõe de estacionamento. Com até 100 vagas deve existir duas vagas para deficientes. Se mais de 100 vagas reservar 1% das vagas		x	
1161	A área de estacionamento e manobra para veículos em serviço, de modo que o público ou os dos funcionários não conflita com os veículos que chegam à emergência		x	
1162	Dispõe de sinalização externa, de fácil entendimento que orienta as pessoas que chegam ao hospital		x	
1163	Dispõe de sinalização em todas as áreas de circulação interna	x		
1164	Dispõe de corrimões em escadas para circulação de pacientes, com largura mínima de 1,50 m e finalização curva		x	
1165	As escadas para circulação de pessoal têm largura mínima de 1,20 m		x	
1166	Os corredores destinados à circulação de pacientes têm finalização curva e dispõem de corrimão, pelo menos unilateral			x
1167	Os corredores com circulação de pacientes, cadeiras de roda, maca ou camas, têm largura mínima de 2m quando maiores de 11m e 1,20m para os demais		x	
1168	As rampas com desníveis de piso superiores a 1,5 cm têm largura mínima de 1,5 m, com piso antiderrapante, corrimão e guarda-corpo		x	
1169	Hospital com mais de dois andares deve dispor de elevador ou rampa. No caso de procedimentos com uso de anestesia em andar superior deve ser provido de elevador para pacientes em macas		x	
1170	Dispõe de rotina definida para controle de circulação em áreas de circulação geral, técnica, semi-restrita e restrita		x	
1171	Dispõe de pessoal treinado para orientar e controlar o acesso à instituição durante 24 horas		x	
1172	Dispõe de heliporto			x

²¹NBR 13.534 e RDC 50/02. Solicitar declaração de quais áreas são atendidas pelo sistema gerador, no break e outros. Quanto ao sistema de geração de energia auxiliar, deve ser verificado a existência de painel de transferência automática, responsável pela entrada do grupo de geração de energia elétrica auxiliar em caso de interrupção do fornecimento normal. O tempo de transferência deve ser menor do que 10 (dez) segundos.

		REL		
	G.7 SISTEMA ELÉTRICO	I	N	R
1173	Dispõe de caixas de distribuição central ou setorial para controle do sistema elétrico	x		
1174	Dispõe de sistemas alternativos de geração de energia para as áreas críticas como centro cirúrgico, UTI e equipamentos eletro-médicos utilizados na sustentação da vida e outros ²¹	x		
1175	Dispõe de iluminação das saídas de emergência, acionada automaticamente na eventual falta de energia		x	
1176	Dispõe de memorial descritivo e explicativo das instalações elétricas e especiais, indicando fórmulas, dados e métodos utilizados nos dimensionamentos: tensão, corrente, demanda, fator de potência, e outros		x	
1177	Existe evidência de preocupação com o consumo de energia		x	
1178	Dispõe de indicadores de desempenho de falhas do sistema elétrico (falhas ou atrasos na entrada em operação de sistemas alternativos)		x	
1179	Os funcionários sabem o que fazer em situações de emergências que envolvem problemas com o sistema elétrico (registros de treinamentos)	x		
1180	Dispõe de rotina de manutenção do sistema de iluminação e geração de energia	x		

		REL		
	G.8 GESTÃO DOS DEJETOS, RESÍDUOS E ÁGUA	I	N	R
1181	Os reservatórios de água atendem a demanda do hospital com autonomia de dois dias ou mais		x	
1182	O reservatório de água possui no mínimo dois compartimentos de modo permitir as operações de limpeza, desinfecção e manutenção.	x		
1183	Efetua limpeza periódica (mínimo a cada 6 meses) dos reservatórios de água (verificar registros)	x		
1184	Os reservatórios de água estão permanentemente cobertos (tampas constituídas de material impermeável, não corrosivo e adequada vedação), extravasadores adequados e com acesso restrito	x		
1185	Dispõe de instalação predial de água quente			x
1186	A análise da água é sistematicamente executada para controle da potabilidade, com periodicidade conforme legislação vigente (cloro residual, coliformes fecais e físico-químico). Verificar registros	x		
1187	Dispõe de um sistema alternativo de emergência para o fornecimento de água (verificar registro de testes de funcionamento)		x	
1188	O sistema de eliminação de dejetos é provido pela rede pública ou possui fossa séptica com tratamento adequado	x		
1189	Executa rotina de medidas preventivas e corretivas de controles de insetos e roedores (verificar registros)	x		
1190	Dispõe de um sistema de inutilização de materiais e suprimentos		x	
1191	Dispõe de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos, com responsável	x		
1192	Existe evidência de integração da PGRSS com a CIPA, SESMT, CCIH, biossegurança, entre outras)		x	
1193	O acondicionamento de resíduos sólidos é efetuado em saco constituído de material resistente à ruptura e ao vazamento, impermeável, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento (NBR 9191/2000 da ABNT). Os sacos são contidos em recipientes laváveis, resistentes à rupturas e vazamentos, com tampas providas de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados resistentes a tombamento. Os recipientes das salas de cirurgia não necessitam de tampa para vedação. Os resíduos líquidos são acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes com tampas rosqueadas e vedantes	x		

		REL		
G.8 GESTÃO DOS DEJETOS, RESÍDUOS E ÁGUA		I	N	R
1194	Os resíduos sólidos perfuro -cortantes são acondicionados em recipientes rígidos, vedados, de tamanho mínimo que acondicione o conjunto seringa - agulha sem desconectar, com mínima abertura que permita a inserção do resíduo de forma segura e identificado como “material perfuro -cortante”	x		
1195	O transporte interno tem roteiro e horários definidos, não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.		x	
1196	A Coleta é efetuada com frequência inferior a 24 horas em recipientes constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo	x		
1197	A sala de armazenamento temporário dos recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis com piso resistente ao tráfego dos recipientes coletores e aos resíduos químicos (NBR 12235 da ABNT)	x		
1198	Dispõe de fluxo com saída de resíduos independente da circulação do público	x		
1199	O tratamento dos resíduos obedece às RES. CONAMA nº. 237/1997 e RES. CONAMA nº. 316/2002	x		
1200	Dispõe de local específico para depósito externo dos resíduos, até que sejam recolhidos pelo sistema de coleta externa; uma saída exclusiva para sua retirada	x		
1201	A coleta e transporte externo dos resíduos devem ser realizados de acordo com as normas: NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT e a disposição final com à RES. CONAMA nº.237/97	x		
1202	Funcionários que coletam os resíduos dispõem dos seguintes EPIs: luvas ¾ de borracha ou PVC, calça e camisa ou avental longo, calçados fechados com solado antiderrapante, gorro e máscara	x		
1203	Funcionários que higienizam os abrigos dos resíduos e equipamentos dispõem dos seguintes EPIs: luvas ¾ de borracha ou PVC, calça e camisa, avental impermeável, botas de borracha ou PVC, gorro, máscara e óculos de proteção	x		

		REL		
G.8 GESTÃO DOS DEJETOS, RESÍDUOS E ÁGUA		I	N	R
1204	O depósito de resíduos é lavado no mínimo uma vez por dia após coleta do lixo		x	
1205	Dispõe de rotinas escritas e atualizadas sobre coleta, higienização dos equipamentos e abrigo dos resíduos com participação da CCIH		x	
1206	Mantém programa de educação e treinamento continuado abrangendo os setores geradores de RSS		x	
1207	Dispõe de algum programa de reciclagem e/ ou reutilização de resíduos		x	
1208	Gera, coleta, analisa e utiliza informações sobre satisfação dos clientes externos e internos		x	
1209	O setor está integrado a um Programa de Melhoria da Qualidade e Produtividade			x
1210	Dispõe de um sistema de indicadores que permitam a melhoria dos processos, procedimentos e minimizar os riscos			x

		REL		
G.9 LIMPEZA E ZELADORIA		I	N	R
1211	Depósito de material de limpeza com tanque		x	
1212	Sala de utilidades com pia de despejo		x	
1213	Sala de preparo de equipamentos/ materiais	x		
1214	Abrigo de recipientes de resíduos	x		
1215	Sala para equipamentos de tratamento de resíduos		x	
1216	Sala de armazenamento temporário de resíduos	x		
1217	Dispõe de responsável habilitado para coordenar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) que está integrado as comissões e serviços (CIPA, SESMT, CCIH entre outros)		x	
1218	Os funcionários trabalham uniformizados: calça e camisa, luvas de borracha ou PVC, calçados fechados com solado antiderrapante ou botas de PVC. Proibido uso de adornos	x		
1219	Os produtos utilizados na higienização são padronizados conforme orientação da CCIH		x	
1220	Dispõe de medidas preventivas e corretivas de controle de pragas	x		
1221	Dispõe de rotinas atualizadas sobre: processo de higienização, limpeza e descontaminação dos ambientes		x	
1222	A segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenagem (interno e externo) e manejo externo dos resíduos acontece conforme legislação vigente	x		
1223	Mantém programa de educação e treinamento continuado quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, risco químico, sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência		x	
1224	Dispõe de dados sobre a satisfação da clientela externa e interna com a higienização do hospital			x
1225	Dispõe de programa de reciclagem de resíduos e reutilização		x	
1226	Dispõe de um sistema de indicadores que permita a melhoria dos processos, procedimentos, minimizando os riscos			x

APÊNDICE B

QUADRO A: QUADRO GERAL DE CONCORDÂNCIA INTERAVALIADORES: ESPECIALISTAS (2 e 3) X AUTORA

ESPECIALISTAS RESPOSTAS GRUPOS		GRAU DE RELEVÂNCIA				PERTINÊNCIA				CLAREZA			
		2		3		2		3		2		3	
		sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
A1	5	X		X		X		X		X		X	
A2	18		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
B1	48	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
B2	103	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
B3	95		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
B4	101	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
B5	89	X		X		X	X	X	X	X			X
B6	64		X	X		X	X	X	X	X		X	
B7	24		X	X		X	X	X	X	X		X	
B8	68		X	X		X	X	X		X		X	
C1	46	X		X		X	X	X	X	X		X	
C2	45	X			X	X	X	X	X	X		X	
C3	20	X			X	X	X	X	X	X		X	
C4	23	X		X		X	X	X	X	X		X	
C5	22	X			X	X	X	X	X	X		X	
C6	39	X			X	X	X	X	X	X		X	
D1	41	X		X		X	X	X	X	X		X	
D2	36	X		X		X	X	X	X	X		X	
D3	32	X			X	X	X	X	X	X		X	
D4	21	X		X		X	X	X	X	X		X	
D5	14	X		X		X	X	X	X	X		X	
D6	10	X		X		X	X	X	X	X		X	
E1	33	X		X		X	X	X	X	X		X	
E2	29		X	X		X	X	X	X	X			X
F1	16	X		X		X	X	X	X	X		X	
F2	13	X		X		X	X	X	X	X		X	
F3	18	X		X		X	X	X	X	X		X	
G1	29		X	X		X	X	X	X	X		X	
G2	10		X		X	X	X	X	X	X		X	
G3	15	X		X		X	X	X	X	X		X	
G4	18	X		X		X	X	X	X	X		X	
G5	21	X		X		X	X	X	X	X		X	
G6	15		X	X		X	X	X	X	X		X	
G7	8	X		X		X	X	X	X	X		X	
G8	30	X		X		X	X	X	X	X		X	
G9	16	X		X		X	X	X	X	X		X	
Total	1235	27	9	28	8	36	0	36	0	35	1	34	2

APÊNDICE C

CURRICULUM RESUMIDO DOS ESPECIALISTAS

1. **Afonsina Pereira de A Campos.** Médica. Pós-graduação: Especialista em Pediatria (SBP) e Radiodiagnóstico (Colégio Brasileiro Radiologia). Experiência: Chefe do Serviço de Radiologia do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA). Médica Radiologista do HRU (UNIMED-FOR). Médica Radiologista Instituto Dr. José Frota (SMF). Médica Radiologista da Sta. Casa de Misericórdia de Fortaleza.
2. **Aldaíza Marcos Ribeiro.** Médica. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP) com área de Atuação em Infectologia. Mestre em Patologia Tropical (UFC). Coordena o SCIH e CCIH do HIAS (SESA).
3. **Altaní Santos Paiva.** Médica. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP) e habilitação em Nefrologia Pediátrica (SBP). Mestrado na área da Criança e Adolescente (UECE). Experiência: Diretora Geral do HIAS (SESA), Coordenadora da Residência Médica do HIAS (SESA), Preceptora em da Residência Médica do HIAS- R# de Nefrologia (SESA).
4. **Ângela Raquel Reis de Norões.** Nutricionista. Pós-graduação: Especialização em Nutrição e Dietoterapia (UNIFOR). Experiência: Chefe do Serviço de Nutrição do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA).
5. **Antônio Aldo Melo Filho.** Médico. Pós-graduação: Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Pediátrica. Doutor em Cirurgia. Experiência: Cirurgião Pediátrico do HIAS (SESA), HGWA e Hospital do Câncer/ ICC. Membro da Coordenação de Pesquisa Escola Cearense em Oncologia/ICC.
6. **Aurélia Maria Assunção Teixeira.** Médica. Especialização em Pediatria (SBP). Experiência: Coordenação do Setor de Pediatria do Hospital Municipal de Maracanaú.
7. **Ana Lúcia Nocrato.** Médica. Pós-graduação: Especialização em Administração Hospitalar (UNAERP); Psicologia Hospitalar (UNIFOR) e

- Gerenciamento de Recursos Humanos (UECE). Mestrado Profissional em Andamento (UECE). Diretora Técnica e Diretora Geral do HIAS (SESA), Diretora Técnica e Diretora Geral do HRU (UNIMED-FOR), Diretora Administrativa - Financeira HM (SESA).
8. **Carlos Eduardo Pereira Lima.** Farmacêutico. Especialização em Assistência Farmacêutica (em Curso) (ESP-CE). Mestrado em Ciências Farmacêuticas (em Curso) (UFC). Experiência: Coordenação da Farmácia Hospitalar e Ambulatorial do Hospital. Universitário Walter Cantídio (UFC).
 9. **Eveline Campos Monteiro de Castro.** Médica. Pós-graduação: Mestre em Saúde Pública (UFC). Doutoranda em Pediatria pela (EPM-SP). Experiência: Chefe do ambulatório de *follow – up* da MEAC (UFC).
 10. **Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira.** Médica. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP) e Desenvolvimento Infantil (UFC). Mestrado na área da Criança e Adolescente (UECE). Experiência: UTI Neonatal e UTI Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA).
 11. **Francisco Helder Cavalcante Félix.** Médico. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP) com área de Atuação em Onco - Hematologia Pediátrica. Mestrado em Farmacologia. Experiência: Cancerologista Pediátrico do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA). Prof. de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte.
 12. **Francisco Sales de Macedo Jr.** Administrador (UNIFOR). Economista (UFC). Pós-graduação: Mestrado em administração Hospitalar (USC-PR). Experiência: ADM. Do Hospital Geral de Crateús. Diretor Exec. do Grupo HAP VIDA. Adm. Hosp. São Raimundo. Secretário de Saúde do Município de Maracanaú. Diretor Administrativo - Financeiro do ICC.
 13. **Francisco Walter Frota de Paiva.** Médico. Cirurgião Pediatra. Experiência: Direção do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA). Direção Técnica do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA). Direção Geral do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA).

14. **Glauber Santos Paiva.** Médico. Pós-graduação: Especialista em Médico do Trabalho. Especialista na AMB /ANAMT. Médico do Trabalho da Chesf e Médico do Hospital Regional da Unimed.
15. **João Fortes de Siqueira Filho.** Médico. Pós-graduação: Especialização em Cirurgia Geral e Cirurgia Pediátrica. Experiência: Direção Geral do Hospital Geral de Fortaleza (SESA). Diretor Clínico do Hospital Geral de Fortaleza (SESA). Diretor dos Recursos Médicos Hospitalares da UNIMED de Fortaleza.
16. **Joana Angélica Maciel.** Médica. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP). Coordenação do Programa Saúde da Família do Município de Fortaleza. Diretora Clínica do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA).
17. **José Wilson Medeiros de Carvalho.** Médico. Pós-graduação: Especialização em Radiodiagnóstico (PUC-RJ), Estágio TC, Estágio U-S (HC-SP); (Hosp. Bicêtre, HOSP. Sant' aptoine-Paris). Experiência: Chefe Serviços de Radiodiagnóstico do Hospital de Messejana (SESA) e do Hospital Geral de Fortaleza (SESA).
18. **Luis Gonzaga Moura Xavier** Médico. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP). Experiência: Direção Geral do Laboratório Clementino Fraga. Chefe do Setor de Uroanálise e Líquidos Biológicos (LCF).
19. **Maria Zenaide Matos Albuquerque.** Farmacêutica. Especialista em Análises Clínicas e Farmácia Hospitalar. Experiência: Chefe da Farmácia Hospitalar do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA).
20. **Mércia Lima de Carvalho Lemos.** Médica. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP) e Epidemiologia. Experiência: Médica do Hospital Infantil Albert Sabin como Preceptora de Residentes (SESA).
21. **Olga Vale Oliveira Machado.** Médica. Pós-graduação: Mestrado. Experiência: Preceptora de Residência Médica do Hospital São José. Experiência: Coordena o SCIH e CCIH do Hospital. Universitário Walter Cantídio (UFC).

22. **Sara Duarte T. Parente.** Médica. Pós-graduação: Especialização em Pediatria (SBP) com área de Atuação em Onco - Hematologia Pediátrica. Experiência: Preceptora de Residentes do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA).
23. **Silvana Silton Torres.** Médica. Pós-graduação: Especialização Pediatria (SBP) com área de Atuação em Neonatologia (TEN). Mestre em Saúde Pública. Preceptora dos Residentes do Hospital Geral de Fortaleza - R3 (SESA). Chefe do Setor de Neonatologia do Hospital Geral de Fortaleza.
24. **Tânia Maria Sousa Araújo Santos.** Médica. Pós-graduação: Especialização Pediatria (SBP) com área de Atuação em Terapia Intensiva Pediátrica (TETIP) e Neonatologia (TEN). Experiência: Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CETIN). Preceptora dos Residentes do Hospital Infantil Albert Sabin-R3 (SESA). Médica Diarista do UTI da MEAC (UFC).
25. **Vânia Feijó Cordeiro.** Farmacêutica - Bioquímica. Pós-graduação: Especialização em Hematologia e Hemoterapia e em Análises Clínicas. Experiência: Técnica responsável pelo Laboratório do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA). Bioquímica do Banco de Leite do Hospital Infantil Albert Sabin (SESA).
26. **Virginia Maria Costa de Oliveira.** Nutricionista. Pós-graduação: Especialização em Educação em Saúde Pública. Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Experiência: Educação para profissionais de Saúde na Escola de Saúde Pública do CE. Prof.^a Universitária na disciplina de Saúde Pública (UNIFOR).

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Pesquisa: Elaboração e Validação de um Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência para Hospitais Pediátricos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos profissionais de saúde – Especialistas

O presente estudo tem como objetivo elaborar e validar um Instrumento de avaliação da qualidade assistência para hospitais pediátricos que seja consistente e abrangente, com aplicabilidade na área de controle, avaliação e auditoria da atenção prestada.

Existe uma necessidade real de implementar ações sistematizadas de avaliação que contribuam para a melhoria da assistência em ambiente hospitalar pediátrico. A mensuração do *status* assistencial, a quantificação e a classificação são elementos que fomentam a incorporação dos conceitos de padrões de conformidades, estimulam a cultura da auto-avaliação e o aprimoramento da organização hospitalar.

Optamos pela construção de questionários estruturados e a validação do seu conteúdo. Cada questionário será composto de uma lista de questões fechadas abordando elementos da estrutura, dos processos e dos resultados, com descrição dos padrões estabelecidos para cada segmento do hospital.

Garantimos que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e no trabalho dos participantes da pesquisa, salientando que as informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Coordenadora da pesquisa: Maria Gurgel de Magalhães, Tel./Fax: (85) 32426749 / 32422671 / 87672325. E-mail: mariagurgel@secrel.com.br.

Fortaleza, ___/___/___/

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

PESQUISA: Elaboração de um Instrumento de Avaliação da Qualidade para Hospitais Pediátricos.

_____ aceito participar da pesquisa: **Elaboração Instrumento de Avaliação da Qualidade para Hospitais Pediátricos** na fase de validação.

Fortaleza, ___/___/___/

Participante: _____

APÊNDICE E

CARTA AOS ESPECIALISTAS

Fortaleza, 05 de janeiro de 2007

Caro Dr.(a)

Solicitamos a colaboração de V. S^a. para participar do processo científico de validação de um **“Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência para Hospitais Pediátricos”**, objeto de nossa dissertação, no Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

O presente estudo será submetido a testes de validação do conteúdo. Pede-se, em separado, a apreciação de especialistas, sendo dois de cada área, para avaliar **o grau de relevância, a pertinência e a clareza** das questões e atribuir a cada uma a sua opinião. Utilizar-se-á uma planilha, em que à direita estarão relacionados os indicadores e, em colunas subseqüentes, os espaços para preenchimento da avaliação de cada questão.

Vale informar que, em conformidade com o aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa da UECE, os dados serão tratados de forma anônima, confidencial, identificados por códigos, cuidadosamente protegidos de interesses de terceiros e em nenhum momento será revelado o conceito externado pelo autor.

A confiabilidade do instrumento será avaliada por meio do teste de Fisher, em amostras menores ou iguais a 20. Quando a amostra for maior ou igual a 20 utiliza-se o teste de χ^2 e o de Máxima Verossimilhança.

A sua escolha deveu-se à reconhecida experiência sobre os processos técnico-científicos e administrativos na área.

Aproveitamos para agradecer a atenção e ficamos à disposição para os esclarecimentos necessários.

Cordiais saudações,

Maria Gurgel de Magalhães
Mestranda/UECE

APÊNDICE F

ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO

1. OBJETO DE ANÁLISE:

Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência para Hospitais Pediátricos.

2. AVALIADORES:

Especialistas que funcionaram como juízes/ colaboradores no processo de validação do instrumento.

3. MODELO DO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO:

Utilizar-se-á uma planilha, na qual à direita estarão relacionados os indicadores e, em colunas subseqüentes, os espaços para preenchimento da avaliação, marcando com **X** a alternativa que considerar adequada para cada indicador. Exemplo:

A		1.GESTÃO DA ÀREA X									
		Avaliação do Especialista			REL			PERT		CLAR	
A.1	1.1 NOME DO SETOR DA ÀREA X	I	N	R	S	N	S	N			
1	Descrição do indicador		X			X	X				

4. LEGENDA PRA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO:

a) **REL= RELEVÂNCIA.** Atribuir grau de importância, valor e assinalar com um **X**.

I, imprescindível. São critérios sem os quais não é possível oferecer o serviço previsto por não contemplarem requisitos fundamentais ao funcionamento das instituições de saúde e/ ou condições legais para o exercício profissional.

N, necessário. São critérios que apontam que a instituição adota boas práticas na organização da assistência hospitalar.

R, recomendável. São critérios que indicam que a instituição busca o padrão de excelência da assistência hospitalar.

b) **PERT= PERTINÊNCIA** O indicador é pertinente ao contexto? apropriado? adequado? conveniente?

Assinalar sim (**S**), caso considere atinente ao instrumento, e não (**N**) no inadequado, apropositado.

c) **CLAR= CLAREZA.** O indicador está redigido com clareza? simplicidade? facilidade? naturalidade?.

Assinalar sim (**S**), caso considere a redação da questão clara, e não (**N**) ao julgá-la inteligível.

ATENÇÃO: Favor não deixar resposta em branco e não assinalar mais de uma opção para cada item.

5. RESTRIÇÕES SOBRE AS QUESTÕES FORMULADAS:

a) Excluir o (s) indicador (es) de nº : _____

b) Acrescentar indicador (es) que considerar pertinente (s) e que não foram contemplados.

6. CURRÍCULO RESUMIDO PARA FINS DE CARACTERIZAÇÃO DOS

AVALIADORES:

Nome completo: _____

Titulação: _____

Experiência no exercício de cargos técnicos, científicos e administrativos em áreas afins: _____

Estamos à disposição para os esclarecimentos necessários por meio dos telefones 32426749 e 99985474 e e-mail: mariagurgel@secrel.com.br.

7. PRAZO PARA ENTREGA:

_____ dias

De: ____/____/____ a ____/____/____

ANEXO

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE



Universidade Estadual do Ceará

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-
CE Fone: 3101-9890 E-mail: cep@uece.br



Fortaleza, (CE), 08 de junho de 2006

Título "Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da qualidade da assistência para hospitais pediátricos"

- Processo Nº. 05085390-2 e FR – 83142

Responsável pela pesquisa: Maria Gurgel de Magalhães

PARECER

O projeto tem como objetivo geral elaborar um instrumento de avaliação da assistência em hospital pediátrico que seja consistente e abrangente, com aplicabilidade na área de controle, avaliação e auditoria da qualidade da atenção prestada. E, como objetivos específicos: estabelecer metodologia sistematizada de avaliação: produzir e conhecimentos que incorpore a lógica que favoreça o funcionamento harmônico do hospital e identificar situações de risco de responsabilidade institucional ou profissional. Trata-se de um estudo do tipo exploratório com aspectos avaliativos, analíticos e críticos. Em termos de coleta de informações optou-se pela construção de formulários estruturados. A validação será por meio de avaliação dos formulários estruturados com pessoas que detenham conhecimento sobre o setor para enriquecimento do instrumento, principalmente na identificação de indicadores que atendam a visão do cliente.

O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e comunidade. Ele atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, portanto ele está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP/UECE.

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE).