

LUIS ANTONIO SILVA

**AVALIAÇÃO HOSPITALAR: LIMITES E POSSIBILIDADES
DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS HOSPITALARES.**

FLORIANÓPOLIS

2001

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**AVALIAÇÃO HOSPITALAR: LIMITES E POSSIBILIDADES
DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS HOSPITALARES.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre.

Mestrando: Luis Antonio Silva

Orientador: Profº Dr. Sérgio F. Torres de Freitas

FLORIANÓPOLIS/2001



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“AVALIAÇÃO HOSPITALAR: LIMITES E POSSIBILIDADES DO
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES”**

AUTOR: Luis Antonio Silva

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
(Presidente)

Profª. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes
(Membro)

Prof. Dr. Jair do Santos Lapa
(Membro)

Prof. Dr. João Carlos Caetano
(Membro)

Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho
(Suplente)

“Nestes quarenta anos dissemos muitas palavras à América Latina: dissemos crescimento, desenvolvimento, estrutura, eficácia. Sobre essas palavras construimos castelos de pensamentos, somente para descobrirmos muito depois, que o castelo era um cárcere e nós mesmos seus prisioneiros ou pior ainda, seus guardiões.”

Mário Testa

DEDICATÓRIA

O presente trabalho é dedicado:

*Aos filhos Geórgia, Katy e Grego, razão que nos fazem persistir,
mesmo quando imaginamos que nada mais tem sentido na escolha.*

*À Iraci por ter compreendido os momentos de isolamento e
pelo incentivo a não desistir antes do final.*

*Aos meus pais: Dona Maria, “In memoriam”, mesmo ausente,
com toda certeza esteve sempre presente.
Ao Seu Ari, a reconhecida gratidão pela existência.*

AGRADECIMENTOS

Aos companheiros da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau que entenderam as minhas ausências, principalmente nas horas mais críticas.

À Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso que disponibilizou os dados da pesquisa, possibilitando a efetivação da análise.

Ao Profº Jair Lapa, Profº Sérgio, Flávio, Cristina e LÍlian, companheiros do Projeto FAPEU - responsáveis pelo despertar do interesse ao tema, assim como pelas discussões e colaborações ao presente estudo.

Aos professores, colegas e funcionários do mestrado que estiveram sempre ao lado, principalmente, na busca pelo conhecimento.

Em especial ao Profº Sérgio, muito mais um amigo do que o orientador, que além de mostrar o caminho e oferecer motivação, participou passo a passo na construção deste momento.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas.....	vii
Lista de tabelas e quadros.....	viii
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
I – Apresentação.....	12
1.1 - O problema de pesquisa.....	15
1.2 - Objetivos.....	17
II - Revisão bibliográfica.....	18
2.1 - Introdução.....	18
2.2 - Avaliação.....	24
2.3 - Avaliação em saúde.....	29
2.3.1 - Concepções teóricas.....	29
2.3.2 - Avaliação de estrutura.....	35
2.3.3 - Avaliação de processo.....	36
2.3.4 - Avaliação de resultado.....	38
2.4 - Avaliação hospitalar.....	41
III - Metodologia.....	50
3.1 – Metodologia do PNASH/MS.....	50
3.2 – Metodologia da SES/Mato Grosso.....	53
3.3 – Metodologia do estudo de análise.....	54
3.3.1 - Análise de dados documentais.....	55
3.3.2 - Análise de dados empíricos.....	55
a) Análise crítica dos dados.....	55
b) Tratamento estatístico.....	55
3.4 – Considerações éticas.....	58
3.5 – Validade.....	60
a) Interna.....	60
b) Externa.....	61

IV – Resultados e discussão	62
a) Avaliação por usuários.....	62
b) Avaliação técnica.....	65
4.1 - Avaliação técnica e conceituai do instrumento.....	66
a) Crítica em sua proposta de avaliação especifica.....	69
b) Crítica em sua proposta de avaliação geral.....	72
4.2 - Avaliação empírica do PNASH.....	75
4.2.1 - Análise descritiva.....	77
4.2.2 - Análise não-paramétrica.....	81
4.2.3 - Análise de agrupamento.....	87
a) A caracterização dos grupos de hospitais com 18 atributos	89
b) A caracterização dos grupos de hospitais com 16 atributos	93
Considerações finais	98
Referências bibliográficas	102
Anexos	107

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde

CQH – Controle de Qualidade Hospitalar

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DECAS – Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FAPEU – Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária

FUNDATEC – Fundação Tecnológica do Mato Grosso

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial.

ISO 9000 – International Standards Organization

MS – Ministério da Saúde

MT – Estado do Mato Grosso

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELAS

	Título	pg
Tabela 01	Escores médios e desvio padrão da avaliação técnica para cada um dos atributos avaliados.....	78
Tabela 02	Freqüências absolutas e relativas das avaliações realizadas para os dezoito atributos pesquisados.....	80
Tabela 03	Classificação de ordem e percentuais dos escores brutos do PNASH de acordo com os resultados do teste de Kruskal-Wallis.....	82
Tabela 04	Classificação de ordem e percentuais pelo número de atributos analisados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis.....	83
Tabela 05	Classificação de ordem dos hospitais pelo teste de kruskal Wallis, considerando escores brutos, atribuição de peso e indicadores.....	84
Tabela 06	Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da análise de agrupamento com 18 atributos.....	88
Tabela 07	Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da análise de agrupamento com 16 atributos.....	89
Tabela 08	Caracterização dos grupos de hospitais, de acordo com os atributos formadores e seu peso de contribuição na formação de 05 grupos.....	90
Tabela 09	Caracterização dos grupos de hospitais, de acordo com os atributos formadores e seu peso de contribuição na formação de 03 grupos.....	94

QUADROS

	Título	pg
Quadro 01	Escores médios por número de hospitais de acordo com os conceitos e pontuação final do PNASH/MS.....	79
Quadro 02	Escalas do PNASH de pontos, conceitos e recomendação.....	79
Quadro 03	Escala de pesos estabelecidos de acordo com a importância do atributo dentro de cada grupo a qual pertence.....	85
Quadro 04	Relação dos sete atributos selecionados do PNASH e os quatro indicadores de assistência.....	86
Quadro 05	Categorias de atributos que caracterizam os aspectos de avaliação técnica para a formação de 05 grupos.....	93
Quadro 06	Categorias de atributos que caracterizam os aspectos de avaliação técnica para a formação de 03 grupos.....	96
Quadro 07	Distribuição dos hospitais por grupo de classificação e percentual de acordo com o número de atributos.....	97

ANEXOS

	Título	pg
Tabela 01-A	Classificação de ordem e percentuais de acordo com os resultados do teste de Kruskal-Wallis, dos 119 hospitais analisados.....	108
Tabela 02-A	Classificação de ordem e percentuais pelo número de atributos analisados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis.....	111
Tabela 03-A	Classificação de ordem dos hospitais pelo teste de kruskal Wallis, considerando escores brutos, atribuição de peso e indicadores.....	114
Tabela 04-A	Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da análise de agrupamento com 18 atributos.....	117
Tabela 05-A	Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da análise de agrupamento com 16 atributos.....	120
Quadro 01-A	Distribuição de freqüências de conceitos, segundo grupos, nos atributos avaliados dos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso.....	123

RESUMO

Este trabalho analisa o instrumento de avaliação hospitalar do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH - proposto pelo Ministério da Saúde, em seu componente de avaliação técnica. Tal instrumento visa pesquisar de maneira sistematizada os serviços, os gestores e manter um canal permanente com o usuário para aferir a sua satisfação, bem como a obtenção de indicadores precisos e padrões adequados de qualidade de assistência. Tendo como base o banco de dados da Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso, compilado através da aplicação do instrumento em 119 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde no ano de 1998, foram utilizadas técnicas estatísticas de análise não-paramétrica (teste de Kruskal-Wallis) e análise de agrupamento (análise fatorial de correspondência múltipla, classificação hierárquica e por partição), além de uma avaliação conceitual do instrumento e de seus atributos e modos de pontuação, com o objetivo de analisar se o PNASH apresenta características adequadas para avaliação de sistemas de rede hospitalar e como método de avaliação para todo e qualquer tipo de hospital. O teste de Kruskal-Wallis permitiu uma classificação dos hospitais por ordem de qualidade, com definição de quatorze grupos equivalentes, a partir dos dados brutos do instrumento avaliado. Foi possível uma construção de oito classes de ordem com a inclusão de pesos e indicadores junto aos atributos. A introdução desses pesos e indicadores de assistência alterou os resultados do instrumento, em sua grande maioria para melhor. A análise de agrupamento permitiu a identificação e a construção de grupos de características comuns entre os diversos hospitais. Estes grupos refletiram os aspectos comuns que os hospitais possuem e também permitiram uma avaliação qualitativa da estrutura dos serviços. Os resultados mostraram que existem limitações e inconsistências do instrumento, enquanto modelo único de avaliação de rede hospitalar, principalmente para comparação de unidades de diferentes portes e hospitais uni-especializados, bem como a necessidade de incorporar outras metodologias. Ao mesmo tempo, constatou-se que sua maior utilidade está centrada na avaliação individual de estrutura física, possibilitando algumas tomadas de decisão e implemento de ações corretivas, destacando-se como aspecto positivo o fato de tentar criar uma cultura avaliativa por parte dos gestores.

Palavras-chave: avaliação em saúde, avaliação hospitalar e PNASH.

ABSTRACT

An analysis is made of the instrument for hospital evaluation in the Hospital Services Evaluation National Program - PNASH, proposed by the Ministry of Health. The instrument seeks to research, in a systematized manner, the services and the management, maintaining a permanent channel with the client for the measuring of his/her satisfaction, and also to obtain precise indicators and adequate standards of assistance quality. Based on the data bank kept by Mato Grosso State Health Department, collated by applying the instrument in 119 Government Consolidated Health Service - (SUS) contracted hospitals in the year of 1998, statistic techniques of non-parametric analysis (Kruskal-Wallis test) were employed, together with group analysis (Multiple Correspondence Factor Analysis). Also employed was a conceptual evaluation of the instrument, of its variables and score attribution, in an effort to discover whether the PNASH has the adequate characteristics for the evaluation of hospital network systems and as an evaluative method suited to assess every and any kind of hospital. The Kruskal-Wallis test allowed hospitals to be classified according to their quality, fourteen equivalent groups being defined, having as a basis the gross data of the assessed instrument. It was thus possible to create eight classes of ordering where weights and indicators were given to variables. These factors came to alter for the better, in its vast majority, the instrument outcomes. Group analysis made possible to identify and develop common characteristic groups amidst the various hospitals. Such groups came to reflect the common aspects presented by hospitals, as well as a qualitative evaluation of services structure. Results proved the instrument to have limitations and inconsistencies as the only model for evaluation of the hospital network, particularly when comparing different-size units and uni-specialized hospitals, the need existing for the incorporation of other methodologies. At the same time, the greater use of the instrument was seen to be centered in the individual evaluation of physical structure, making possible some decision-making and the implementation of corrective actions, its clearly positive aspect was the effort to try and create an evaluative culture by the managers.

Key-words: health evaluation, hospital evaluation and PNASH.

I - APRESENTAÇÃO

Com a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, das estratégias para a efetivação do processo, como a municipalização da saúde, os gestores nos vários níveis buscam melhorar os instrumentos capazes de auxiliá-los no gerenciamento do sistema. Em um sistema de saúde, os estabelecimentos hospitalares – elemento central do presente estudo - têm um papel fundamental nos aspectos de promoção e assistência à saúde que leve à satisfação das necessidades de uma determinada população, considerando principalmente as condições políticas, sociais e econômicas presentes.

No caso específico da assistência hospitalar, defronta-se com uma acessibilidade à atenção questionável, pois, ao mesmo tempo em que, ocorrem ainda internações desnecessárias, gerando aumento de custos e comprometendo a qualidade; depara-se com a falta de acesso á assistência. Essa situação é agravada por ineficiências no gerenciamento dos serviços e na utilização de instrumentos e mecanismos de programação e planejamento inadequados, dentre os quais destacam-se:

- (i) inexistência de uma política de atenção hospitalar centrada no perfil sanitário local, estimulando a concentração de recursos diagnósticos e terapêuticos, nos hospitais de grande porte, em detrimento dos hospitais de pequeno porte;
- (ii) inadequação de estrutura física, equipamentos e recursos humanos, não garantindo a disponibilidade dos insumos e recursos necessários para uma intervenção com segurança e qualidade, em grande parte dos hospitais;
- (iii) priorização dos investimentos na alta complexidade, descaracterizando o papel de alguns hospitais como elemento

intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente;

- (iv) falta de definição de uma área de cobertura sobre a oferta de serviços, que apresentem características de atenção médica integrada geral ou especializada, favorecendo a execução também de ações preventivas e de promoção à saúde;
- (v) carência de processos avaliativos sistêmicos e regulares da rede hospitalar que incorporem a perspectiva do usuário. Tal deficiência inviabiliza a construção de novos indicadores que sirvam de suporte para o planejamento de serviços efetivos e de boa qualidade de atenção à saúde.

No setor específico como o da saúde, os recursos disponíveis são limitados, tornando o fator custo extremamente importante. Se por um lado, os recursos humanos, financeiros e materiais alocados na atenção hospitalar, devido às suas características de escassez, são uns dos principais problemas a ser administrado; por outro, o atual modelo de assistência tem gerado a criação de hábitos de consumo excessivo, produzindo desperdício e o aumento substancial dos custos do setor. Somente um gerenciamento eficiente possibilitará atender o maior número de pessoas, com o menor custo possível, procurando garantir a qualidade dessa assistência sem implicações de aspectos negativos.

Sem desconsiderar a importância dos atuais instrumentos de controle, avaliação e auditoria, a efetivação de um sistema de atenção à saúde eficaz necessita o desenvolvimento de novos métodos de acompanhamento e avaliação da qualidade e do resultado dos serviços que venham a contribuir para a superação do atual modelo, uma vez que um processo avaliativo eficaz constitui-se em um referencial fundamental na gerência das atividades, além de ser propulsor de melhoria do quadro sanitário da população.

Dentro das recentes características de avanço do processo de estruturação e autonomia do sistema de saúde, a busca e a efetivação de novas

formas de gestão e organização dos serviços são necessárias para propiciar a sua consolidação, através de discussões, debates e divulgação permanente dos resultados alcançados aos usuários e à sociedade como um todo, buscando, assim, a legitimidade do sistema pela participação social no controle e na gestão dos serviços.

Nesse sentido, tendo como objetivo pesquisar de maneira sistematizada os serviços, os gestores de saúde e manter um canal permanente com o usuário para aferir a sua satisfação, bem como a obtenção de indicadores precisos que possibilitem a priorização das ações a serem implementadas, visando atingir, em curto prazo, padrões adequados de qualidade de assistência, o Ministério da Saúde instituiu em 1998, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH.

Essa iniciativa levou em consideração o resultado da pesquisa de opinião pública realizada em 1998, onde ficou demonstrada a urgente necessidade de aprofundar o conhecimento da atual situação dos serviços hospitalares e, conseqüentemente, propor intervenções dirigidas para a melhoria desses mesmos serviços. A importância da participação de maneira sistematizada dos usuários do sistema e dos gestores locais, reafirma a necessidade de uniformizar parâmetros de análise para todos os hospitais do país, dentro de padrões de qualidade e de excelência, que orientem e priorizem os objetivos e metas de intervenção e ação de planejamento, acompanhamento e avaliação do Ministério da Saúde.

A relevância do processo da descentralização das ações e dos serviços indica que qualquer estratégia de avaliação requer a atuação em parceria com os três níveis de gestão responsáveis pelo gerenciamento do Sistema de Saúde, de acordo com o estágio de descentralização existente.

Implantado pelo Ministério da Saúde, O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), dispõe de dois instrumentos de coleta de dados (questionários), que devem ser aplicados pelas Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde na totalidade dos hospitais vinculados ao

SUS e enviados ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério, a quem compete à consolidação e análise dos dados, bem como a divulgação dos resultados finais do desempenho dos hospitais avaliados.

Esses questionários de coleta de dados apresentam duas composições distintas: a primeira formada pelo questionário de avaliação técnica - levantamento das condições de estrutura hospitalar, preenchido diretamente pelo avaliador quando da visita aos hospitais; e a segunda pelo questionário da avaliação de usuários - pesquisa da satisfação dos usuários com os serviços hospitalares, através de abordagem direta, dividida em três setores: ambulatório, emergência e internação.

1.1 - O PROBLEMA DE PESQUISA

Uma ferramenta metodológica apropriada para avaliação hospitalar e que ofereça um suporte prático à gestão dos serviços de saúde, deve responder a indagações, tais como: quais as características desejáveis de um modelo de avaliação hospitalar? quais as possibilidades de sua aplicação em hospitais de diferentes estruturas? as variáveis utilizadas são suficientes para avaliação adequada de uma unidade ou de uma rede hospitalar?

Se, por um lado, o conhecimento de que a prática avaliativa hospitalar reforça a ênfase de características centradas na infra-estrutura física para a classificação e análise de hospitais, em relação a variáveis que contemplem indicadores de qualidade, como efetividade e produtividade, portanto, comprometendo a análise da assistência prestada, assim como o impacto dos resultados alcançados.

Por outro, através de uma consultoria desenvolvida em 1999/2000 para a Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, que tinha entre seus objetivos uma avaliação da rede hospitalar estadual pública, em que havia sido utilizado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) em todas as unidades, surgiram as primeiras discussões se o referido instrumento possuía as características adequadas para o que se propunha.

As primeiras sistematizações do banco de dados utilizado (SES/MT), suscitaram dúvidas, levando ao questionamento se, de fato, o instrumento continha os elementos essenciais de análise dos serviços hospitalares e se fornecia os subsídios para o uso ou construção de indicadores de avaliação. As limitações e inconsistências identificadas, através da metodologia utilizada para a análise, buscaram-se superá-las com o uso de técnicas estatísticas que possibilitassem uma análise e discussão sobre o instrumento do PNASH e qual seu peso na composição de um modelo de avaliação mais consistente.

Para tanto se pretende, além de analisar o instrumento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares tal como proposto e aplicado, descrever as suas características, estabelecer indicativos mais adequados a um modelo para avaliação de rede e apresentar alternativas para incorporação de outros critérios de tratamento dos dados. Espera-se, também, comprovar ou refutar a proposição que reforçou a escolha do referido tema: Serve o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) como instrumento de avaliação para todo e qualquer tipo de hospital?

Por sua vez, destaque-se que o presente trabalho procurou sistematizar e descrever os aspectos enfocados relativos apenas aos componentes do questionário de avaliação técnica - condições de estrutura hospitalar, não aprofundando sobre a pesquisa de satisfação dos usuários.

I.2 – OBJETIVOS

- Descrever as características apresentadas pelo instrumento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares;
- Discutir a adequação do instrumento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares enquanto um modelo para avaliação de sistemas de rede hospitalar;
- Propor critérios de tratamento estatístico mais consistentes dentro do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

Procurando estabelecer uma seqüência lógica de apresentação, o presente trabalho foi dividido em quatro capítulos. Essa apresentação descreve as razões e justificativas que levaram à escolha do tema, à identificação do problema de pesquisa e os objetivos propostos a serem alcançados com a pesquisa.

O segundo capítulo apresenta os pensamentos e abordagens dos principais autores na área de avaliação em geral e em saúde de modo específico, com a finalidade de trazer os enfoques essenciais para um embasamento referencial que sustente as discussões.

No terceiro capítulo, estão delineados os aspectos metodológicos utilizados para a validação do estudo, incluindo as técnicas estatísticas empregadas para análise, assim como também a metodologia própria adotada pelo instrumento avaliado.

No último capítulo, são apresentadas e discutidas as questões resultantes da avaliação técnica/conceitual e da avaliação empírica do instrumento, juntamente com os resultados obtidos. Conclui-se com as considerações finais e recomendações pertinentes ao objeto de estudo.

II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 - INTRODUÇÃO

Segundo Faleiros (1995), sob o ponto de vista das teorias econômicas liberais é no mercado que o indivíduo satisfaz suas exigências de bens e serviços, portanto adquire seu bem-estar. A teoria liberal do bem-estar está baseada no mercado e no consumo. É no mercado que os indivíduos, átomos sociais, devem procurar satisfazer suas preferências, suas necessidades, segundo uma curva de indiferença.

A noção de necessidade está presente em quase todos os discursos oficiais sobre o bem-estar. As Nações Unidas consideram a satisfação das necessidades como a definição do nível de vida de uma população. Mas somente as necessidades suscetíveis de quantificação entram na composição do nível de vida, tal como é definido pelas Nações Unidas.

Faleiros (1995) procura mostrar que a noção de necessidade, na concepção funcionalista, resulta de uma visão abstrata do homem, demonstrando que as necessidades são uma práxis social, determinada, ao mesmo tempo, pelas exigências da produção e pela luta de classes nas diferentes frentes.

Silva (1999) argumenta que a melhoria da saúde está diretamente ligada à melhoria das condições de vida da população. Essa melhoria é um dos objetivos do desenvolvimento sócio-econômico, da mesma forma que o são a melhoria do nível material de vida, o aumento das oportunidades de trabalho e de educação, bem como o acesso mais generalizado aos benefícios das inovações científicas e tecnológicas. Em sentido restrito, o desenvolvimento econômico

exige, entre outros aspectos, melhorias em saúde, educação e outros setores sociais.

Nessa linha, dentro das relações de produção de uma sociedade organizada, depara-se com inúmeras demandas, dentre as quais a busca incessante pela satisfação das necessidades sentidas através do alcance e do acesso a determinados benefícios. Afinal, a conseqüente legitimidade social só será efetivada se o desenvolvimento econômico estiver voltado para a melhoria da qualidade de vida.

Desse modo, de acordo com Faleiros (1995), a estrutura de serviços estaria baseada numa focalização das necessidades em muitos níveis: a comunidade, o homem na comunidade, o homem na esfera social e a pessoa. A cada nível dessa focalização corresponde um nível de intervenção e um serviço de saúde.

Para Vuori (1991), existe enorme pressão sobre a esfera política de tornar disponíveis as medidas de saúde já conhecidas como efetivas, embora os benefícios em longo prazo - inclusive os de saúde - de outras medidas possam ser maiores. E o que é mais importante, a saúde é aceita como valor humano básico, sendo a prestação de cuidados de saúde de responsabilidade da sociedade. Conseqüentemente, a escolha foi feita; a de estabelecer um sistema de cuidados de saúde.

Assim - do ponto de vista de resultados - a constatação de que o crescimento das estruturas físicas e de serviços é proporcional á melhoria do desempenho e da qualidade da atenção, permite uma continuidade na implementação de ações e tomadas de decisão de acordo com prioridades identificadas na busca de maior funcionalidade.

De acordo com Malik & Schiesari (1998), a reprodução da assistência propriamente dita ainda se dá de forma desordenada e descontínua, tendo em vista a não utilização e as próprias deficiências dos instrumentos avaliativos

disponíveis e aplicáveis, pois em sua quase totalidade eles não garantem um acompanhamento e uma avaliação do ponto de vista de qualidade da intervenção.

Para essas autoras, a avaliação em saúde encontra-se de maneira não orientada e de modo bastante genérico, mostrando que até o presente, as metodologias de avaliação disponíveis são muito mais apropriadas para responder às características dos serviços de modo isolado.

Se, por um lado, cresce essa preocupação gerencial, um dos aspectos principais a influenciá-la está centrado na atenção dos custos crescentes da assistência à saúde e a limitação dos recursos. Enfim, trata-se do uso equilibrado dos recursos disponíveis para assegurar a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados. Associam-se, assim, os resultados finais da assistência com os custos envolvidos na tentativa de justificar investimentos maiores para o setor, tentando mudar a imagem de ineficiência (Malik & Schiesari, 1998).

Além dessas inadequações, Silva & Formigli (1994), destacam a existência de obstáculos que dificultam ainda mais a prática avaliativa, tais como:

- (i) a própria prática de alguns dirigentes hospitalares, de relacionar a efetivação de medidas de controle e acompanhamento com geração de mais gastos;
- (ii) a rejeição à adoção de técnicas que exponham as deficiências gerenciais;
- (iii) as resistências corporativas devido à cultura autoritária e tecnicista;
- (iv) a necessidade da implementação de instrumentos de avaliação, ao mesmo tempo em que crie um hábito permanente, precisa mostrar sua efetividade enquanto instrumento de tomada de decisão e de resultados.

Para essas autoras, o processo avaliativo requer ainda um esforço coletivo dos agentes, das instituições e dos pesquisadores da área para a superação das dificuldades ainda existentes, como, por exemplo, quanto às insuficiências e às inadequações metodológicas; quanto à diversidade do tema e, por último, mas não menos importante, quanto às verdadeiras resistências culturais que se antepõem às práticas avaliativas, ainda muito fortes no campo da saúde.

De acordo com Tanaka (1994), dentro dos desafios a serem enfrentados na avaliação em saúde, deve-se considerar a investigação de serviços também como uma avaliação pois ela pode e deve permitir a executores e políticos decidir, tanto sobre o sistema quanto sobre a prestação dos serviços de saúde.

Afirma esse autor, que o acesso à informação deva ser facilitado, isto é, deve-se ter a preocupação de que na medida em que se faz uma investigação, de qualquer natureza, os resultados dela possam ser disseminados. Sem tal difusão não se podem desenhar modelos de avaliação melhores e mais aprimorados do que existem, sem os quais não se poderá identificar instrumentos simples e pragmáticos de investigação.

“(...) a nossa visão do chamado instrumento simples e pragmático são aqueles instrumentos que permitem diferenciar os representativos daqueles que são significativos para avaliação. Quando buscamos desenhos e instrumentos que nos permitam afirmar com certeza um dado encontrado, eles nos permitem dizer que temos pouca chance de errar” (Tanaka, 1994).

Para o autor, feita a revisão das fontes de informação existentes para avaliar serviços, os quais foram concebidos e organizados com outra lógica, há a necessidade de identificar outras fontes e outros instrumentos que permitam entender que variável tem algum valor e que possibilidades tem de ser modificada.

Torna-se indispensável à adoção de novas metodologias para que as atividades de avaliação sejam desenvolvidas de forma sistemática e contínua, com utilização de ferramentas e técnicas que levem a reorganização das práticas e definam novos instrumentos de avaliação sintonizados com as perspectivas de mudança dos serviços.

Quanto à classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde, o modelo mais bem-sucedido foi desenvolvido por Donabedian (1980), que sistematizou a tríade “*estrutura-processo-resultados*”, a partir do referencial teórico sistêmico. Para esse autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico:

- a *estrutura* corresponderia às características relativamente estáveis dos provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais;
- o *processo* corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo;
- os *resultados* seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio, bem como as mudanças relacionadas com conhecimento e comportamento.

A utilização do pensamento de Chaves (1980), também como referencial teórico, contribuiu em muito para a compreensão e embasamento da situação em análise, pois esse autor leva em consideração a inserção do referencial em nível de sistema de saúde, estabelece que as abordagens sistêmica e histórica podem ser usadas em conjunto. Isto apesar das críticas à abordagem sistêmica, acusando-a de servir à manutenção do “*status quo*” e a dominação hegemônica, pois, ao tentar melhorar o sistema - racionalizando-o, corrigindo-o - tende a perpetuá-lo ao não buscar novas alternativas.

Para esse autor, tais críticas são válidas, em parte. Dependendo do critério que se adote em relação aos modelos analíticos utilizados tem-se tentado dar à abordagem sistêmica em saúde um conteúdo ideológico que ela não possui quando de sua aplicação no nível técnico setorial ou de sistemas isolados; ao contrário de quando usada em sistemas mais gerais, como sistema social e a própria sociedade como um todo.

Afirma ainda o autor que a análise de sistemas e abordagem histórica não se opõem; pois podem ser aplicados, como forma e função. Enquanto a abordagem sistêmica é mais operativa, favorecendo a ação imediata, a abordagem histórica, se usada isoladamente, pela sua característica mais explicativa do que instrumental, torna-se pouca objetiva em nível de sistema de saúde, proporcionando uma concepção determinística. Em contraposição, a abordagem sistêmica tende a adotar uma concepção não-determinística e a escolher um “futuro desejado” dentre os vários caminhos possíveis.

Nesse sentido, concordamos com Hartz (1997) ao dizer que a noção de sistema representa uma ruptura, na medida em que obriga a substituir as leis de determinação por leis de interação entre um objeto e seu ambiente (auto-eco-organização), nos fazendo pensar em utilizar metodologias nas quais cada problema possa ser compreendido no TODO em que está inserido (expansionismo), como também na sua perspectiva de UNIDADE, contendo ela mesma, um conjunto de subproblemas que é preciso conhecer (reducionismo).

Segundo essa autora, ao serem observadas as mudanças de paradigma de várias ciências, pela incorporação dos modelos sistêmicos baseados na complexificação da visão de mundo, o conceito de saúde também se vê modificado, ao sair de uma visão exclusiva de adaptação e capacidade de resistência ao ambiente externo para um projeto de aprendizagem permanente da vida em sua dinâmica de re-criação.

Não é mais suficiente a análise isolada dos determinantes da saúde, em um esquema linear de causalidade; o que se tenta é procurar conhecer a

multiplicidade desses condicionantes, inclusive assistenciais, em vários níveis de complexidade e vulnerabilidade de suas articulações (Hartz, 1997).

Conclui a autora que o paradigma sistêmico, ou o que se poderia chamar uma “cultura da complexidade” comum a cientistas e profissionais da saúde, se tornou uma via indispensável no processo de avaliação, que parece ter sido igualmente fundamental para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), dotando-o de capacidade para viabilizar um equilíbrio dinâmico entre o interesse coletivo e individual, o local e o central, a medicina ambulatorial e a hospitalar, o sanitário e o social, a equidade e a eficácia.

2.2 – AVALIAÇÃO

Segundo Contandriopoulos et al (1997), avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Hoje, a avaliação é também um conceito que está na moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas.

No período após Segunda Guerra Mundial, surgiu o conceito de avaliação dos programas públicos. De certa forma, seria o corolário do papel que o Estado começava a desempenhar nas áreas de educação, do social, do trabalho e também da saúde. O Estado que passava a substituir o mercado deveria encontrar meios para que o uso de recursos fosse o mais eficaz possível (Contandriopoulos et al 1997).

A partir daí, os economistas, como pioneiros da avaliação, desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas públicos, porém, suas abordagens revelaram-se insuficientes, quando aplicados para avaliação dos programas sociais e da educação. Assim, de certo

modo, profissionalizou-se a avaliação, através de uma perspectiva interdisciplinar e insistência nos aspectos metodológicos (Contandriopoulos et al, 1997).

Desde então, a maioria dos países criou organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias, programas de informação, bem como artigos e obras relativos ao assunto se multiplicaram. Esta proliferação mostrava certamente uma necessidade, mas também destacava a complexidade da área.

Para Novaes (2000), a área de avaliação de programas, serviços e tecnologias, como campo produtor de saberes e práticas, vivencia de forma evidente e aguda as dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas, sempre concretas.

“Não se trata da questão mais geral, ou seja, da possibilidade de produção de um conhecimento do mundo pelo homem, (...) trata-se do seguinte: quais as condições de utilização do conhecimento produzido? Em outras palavras, pode ele, e de que forma, ser inserido em processos históricos concretos que, além de terem delimitado as suas condições de produção, estarão também interferindo nas suas condições de utilização?” (Novaes, 2000).

Segundo a autora, a abordagem desse problema passa necessariamente pela adesão a uma teoria ou explicação geral sobre o que faz o mundo se transformar, as coisas acontecerem, ao longo da história, apoiando-se em argumentos de natureza mágica, religiosa, positivista, materialista-histórica e outros. Em todas as teorias, o conhecimento produzido pelo homem sobre a realidade que se lhe apresenta, tem um sentido, uma razão de ser.

Na busca de uma conceituação mais clara e objetiva, as definições de avaliação são numerosas: para Suchman (1967) e Weiss (1972), sob o rótulo de avaliação reúnem-se diversas atividades, cujo espectro varia desde um

juízo subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social até a chamada pesquisa avaliativa que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas possuidoras de maior objetividade.

Em Ramos (1974), avaliação é definida como o controle indireto por meio de resultados físicos medidos em termos de produção, eficiência, efeito.

De acordo com Schaefer (1975), avaliação é o levantamento, análise e interpretação da informação de que se necessita para identificar as opções que se oferecem entre aquelas que se há de escolher.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) define avaliação como processo de determinação qualitativa e quantitativa, por meio de métodos específicos e apropriados, do valor de alguma coisa ou acontecimento.

Guba & Lincoln (1990) identificam quatro estágios na história da avaliação:

- (i) o primeiro estágio é baseado na medida, ou seja, o avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados;
- (ii) o segundo estágio se fortaleceu nos anos 20 e 30 do século XX, tratava de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados;
- (iii) o terceiro estágio é baseado no juízo de uma intervenção;
- (iv) no quarto estágio, que começa a emergir, a avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. A passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos.

Chen (1990) propõe distinguir as avaliações que são baseadas nos métodos daquelas que são orientadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção; o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos, sendo a segunda mais empregada à medida que a complexidade do objeto se diversifica.

Carvalho et al (2000) dizem que a avaliação deve ter objetivo geral e objetivos específicos bem determinados e delimitados, buscando-se a melhor maneira de aferir cada componente do objeto e cada variável.

“O cerne da avaliação é a expressão do juízo de valor. Para emitir esse juízo é preciso buscar parâmetros, como o “optimum” desejável para cada objeto a ser avaliado” (Carvalho et al, 2000).

Assim, apesar de não existir uma definição universal e absoluta de avaliação, adotou-se para efeitos deste estudo - baseado em Contandriopoulos et al (1997) - a seguinte definição:

“Avaliar consiste 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 – ou se elaborar a partir de um procedimento científico – pesquisa avaliativa”.

Se avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, necessário se faz uma definição mais precisa sobre o que vem a ser intervenção. Em saúde, Contandriopoulos et al (1997), no livro *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*, definem que:

“Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos)

organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

Uma intervenção é caracterizada, portanto, por cinco componentes: (i) objetivos; (ii) recursos; (iii) serviços, bens ou atividades; (iv) efeitos; e (v) contexto preciso em um dado momento. Sua avaliação é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes.

Segundo esses autores, dado o seu caráter sempre conjuntural e contextual, uma das formas freqüentes de criar categorias para as avaliações de programas é pela especificação da fase ou fases do programa que está sendo avaliado:

- (i) de desenvolvimento e proposição (também denominado de fase estratégica);
- (ii) de implantação e de resultados e impactos;
- (iii) do detalhamento das questões, que orientam a avaliação ou os focos a serem privilegiados (descritivo, causal, comparativo, prospectivo, econômico, mobilização social, monitoramento entre outros).

Para Cohen & Franco (1993), existem diferentes modelos de avaliação, que são derivados tanto do objeto a ser avaliado como da formação acadêmica daqueles que realizam essa tarefa. Entretanto, a constante é, por um lado, a pretensão de comparar um padrão almejado (imagem-objetivo em direção à qual se orienta a ação) com a realidade (a medida potencial na qual esta vai ser modificada, ou o que realmente ocorreu como conseqüência da atividade empreendida) e, por outro lado, a preocupação em alcançar eficazmente os objetivos propostos.

Para os autores, nem todas as avaliações são iguais. Entre elas pode-se estabelecer diferenças segundo vários critérios, tais como o tempo de sua

realização e os objetivos procurados, quem as realiza, a natureza que possuem, a escala de ponderação que assumem e a que alçada decisória são dirigidas.

Como afirma Carvalho et al (2000), a função básica, geral seria o de estabelecer bases para o planejamento, ajustando políticas e posicionamentos. São diversas as formas de avaliar e, para cada situação ou objeto a ser avaliado, uma pode mostrar-se mais adequada que outra.

2.3 - AVALIAÇÃO EM SAÚDE

2.3.1 – Concepções teóricas:

Para Contandriopoulos et al (1997), no decorrer dos anos 70 a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs. Com a diminuição do crescimento econômico e do papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde – decorrente do término da implantação dos grandes programas, baseados no seguro médico – tornou-se indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem que isso levasse ao questionamento da garantia do acesso aos serviços de qualidade.

De acordo com esses autores, as decisões necessárias para que esta dupla exigência seja respeitada são particularmente difíceis de se tomar, devido principalmente ao caráter complexo do sistema de saúde; as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis para resolvê-los; o desenvolvimento acelerado das novas tecnologias médicas e as expectativas crescentes da população. Nesse contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde passa a ser considerável e a avaliação parece ser a melhor solução.

Segundo Novaes (2000), a partir dos anos 60, os serviços, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização no mercado. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores.

Afirma a autora que os serviços de saúde, um dos setores de maior expansão no período, foram igualmente envolvidos nesses movimentos, mais intensamente no setor privado, mas também no setor público, quando então a avaliação da qualidade, freqüentemente associada à gestão e à garantia de qualidade, passou a ser desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados, em particular nos Estados Unidos.

Para Novaes (1996), a década de 70 é marcada, em todo o mundo, ainda que com amplitude e características diferenciadas, pela expansão da atenção médica, no que diz respeito à cobertura, especialização e densidade tecnológica. Os fatores determinantes desses processos foram amplamente analisados, com enfoques teórico-metodológicos diversos, e fazem parte de uma conjuntura que levou, entre outros acontecimentos, ao redimensionamento da Saúde Coletiva no Brasil.

No Brasil ocorreu também grande expansão de atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de modelos assistenciais diversos e crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde. Condições favoráveis para que propostas de racionalização das decisões e das práticas encontrassem espaço. Contudo, as condições econômicas e sociais, as práticas políticas, a organização profissional, as culturas organizacionais são muito diferentes, o que levou a uma incorporação muito distinta dos diversos tipos de avaliação (Novaes, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), a avaliação em saúde compreende todo o processo de emissão de juízo de valor, aplicada à

questão saúde: serviços, programas e atividades. Todos os componentes da saúde são avaliados, desde seus macrocondicionantes setoriais e extra-setoriais, até as ações específicas terminais de saúde.

Para Silva & Formigli (1994), essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto – *avaliação em saúde* – que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e suas práticas. Essas práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual que envolve a relação profissional/usuário, até os níveis do sistema municipal, regional, estadual e nacional. São vários os recortes possíveis.

Paim (1993) apud Silva & Formigli (1994), afirma que os projetos de reorganização das práticas de saúde necessitam da definição de estratégias para avaliação, sintonizadas com as modificações propostas para um novo modelo de assistência, que ultrapasse a simples aferição do atendimento á demanda espontânea, centrada no cuidado médico individual, quer nos seus aspectos quantitativos, quer naqueles qualitativos. Esse autor situa os distritos sanitários em relação às seguintes formas e níveis de organização dos serviços de saúde: (i) ações; (ii) serviços; (iii) estabelecimentos; (iv) distrito sanitário; (v) instituições; (vi) sistema de saúde; (vii) sistema político; (viii) sistema econômico e social.

Roemer (1971) apud Carvalho et al (2000), sintetiza em seis os objetivos da avaliação em saúde: (i) produzir um estado de saúde; (ii) estudar a qualidade dos serviços; (iii) estudar a qualidade dos serviços produzidos; (iv) estudar as atitudes dos usuários nos serviços; (v) estudar a disponibilidade dos recursos oferecidos; e (vi) estimar o custo do programa de saúde oferecido.

A depender do nível da realidade que é tomado como objeto do processo de avaliação, os problemas metodológicos e teóricos podem ser distintos. Quando o enfoque é direcionado ao indivíduo, ganham centralidade as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como as características de ordem técnica referente ao cuidado em si. Quando se trata de

avaliar um sistema de saúde, ganham relevo a acessibilidade, a cobertura e a equidade (Silva & Formigli, 1994).

Em Shortell & Richardson (1978) apud Contandriopoulos et al (1997), estas definições permitem a constatação de que a área da avaliação e a área da pesquisa coincidem somente parcialmente. A avaliação administrativa – normativa - não faz parte da área de pesquisa que não faz parte da avaliação (pesquisas disciplinares que visam fazer progredir os conhecimentos).

Para Contandriopoulos et al (1997), a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção ou sobre uma realidade, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas.

“A avaliação normativa é a atividade comum em uma organização ou um programa. Ela corresponde às funções de controle e de acompanhamento assim como aos programas de garantia de qualidade”
(Contandriopoulos et al, 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 (Rossi & Freeman, 1993).

Segundo Azevedo (1991), a avaliação somente poderá ser conduzida dentro de critérios, padrões e normas pré-estabelecidas tendo em vista a notável variabilidade da prática de saúde, o que implica que a metodologia desenvolvida para avaliação da atividade médica num hospital de determinada complexidade não possa ser utilizada para avaliar o desempenho de uma prática alternativa de saúde.

Para Donabedian (1982), critérios ou padrões variam em validade, autoridade e vigor, podem ser implícitos ou explícitos, e devem derivar de fundamentos cientificamente validados pelo conhecimento. Critérios implícitos ou

tácitos são adotados quando, por exemplo, se expõe um caso a um especialista, que utiliza seu conhecimento e experiência pessoal para julgar o processo de assistência. Já critérios ou padrões explícitos para cada categoria de casos são especificados com anterioridade, geralmente com bastante detalhamento através de normas elaboradas por uma junta de especialistas, antes do início da avaliação individual de casos.

Além disso, de acordo com Donabedian (1988), os critérios e padrões podem estabelecer níveis mínimos ou máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade. São opções que deverão ser definidas para cada avaliação.

Freqüentemente, a qualidade¹ é vista como o aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde. A abrangência desse termo impõe que a sua definição resulte de uma composição a partir de outras características do objeto a ser avaliado (Donabedian, 1980).

Ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado², o autor distingue quatro níveis de organização dos provedores do cuidado médico: (i) o profissional individual; (ii) diversos profissionais; (iii) uma equipe organizada; e (iv) plano, instituição e sistema.

Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

De acordo com Vuori (1991), o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a

1 característico de uma coisa; modo de ser; disposição moral; predicado; nobreza; espécie; gravidade, aptidão (Bueno 1985).

2 é o grau no qual os cuidados prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis dado o presente estado da arte.

efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Portanto, avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, que demanda, por vezes, conhecimentos ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos.

Na área da saúde, para Silva & Formigli (1994), um dos primeiros problemas a ser enfrentado por quem procura avaliar de forma sistêmica é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Os atributos referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social. Ainda de acordo com essas autoras, os atributos podem ser assim agrupados de acordo com:

- (i) a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);
- (ii) o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto);
- (iii) os custos das ações (eficiência);
- (iv) a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica);
- (v) a percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

A avaliação de alguns desses atributos pode não só fornecer subsídios para uma previsão do impacto esperado de determinadas práticas, como também para a abrangência dos resultados, positivos ou negativos, em relação aos problemas de saúde conhecidos.

Para Novaes (2000), cada uma dessas dimensões deve ser especificada, para dados contextos, pela identificação dos critérios mais adequados para aquela situação, dando conta das suas particularidades e, ao

mesmo tempo, mantendo uma coerência entre si, pois apresentam uma interdependência e um movimento que vai do mais específico ao mais geral. Isso é, as dimensões consideradas mais técnicas condicionam as dimensões "interpessoais", mas ao mesmo tempo dependem delas para realizarem seu potencial.

Nos últimos anos, tem sido cada vez mais constante a discussão sobre a operacionalização de métodos de avaliação em saúde. Assim, a intenção de utilizar o marco teórico de Donabedian visa, principalmente, compreender a mensuração não apenas de um determinado componente do processo, mas sim, da integração entre os mesmos, evitando centrar o enfoque na análise de apenas alguns elementos em detrimento de outros.

2.3.2 – Avaliação de estrutura:

Para Azevedo (1991), embora seja relativamente fácil distinguir os componentes estruturais daqueles relativos ao processo e aos resultados, esta distinção nem sempre é fácil entre esses dois últimos. Por outro lado, vale lembrar que, enquanto se trabalha no terreno meramente quantitativo, a análise é relativamente fácil, passando a tornar-se muito complexa e de difícil caracterização à medida que se caminha para o terreno qualitativo.

Segundo Vuori (1991), na abordagem estrutural o *input* do processo de cuidados de saúde baseia-se no estudo das características dos insumos empregados na atenção médica e referem-se, basicamente às instalações físicas, móveis, materiais, equipamentos e os recursos humanos disponíveis. É descrito e comparado com critérios e padrões estabelecidos. Porém, estudos que se baseiam somente nesse aspecto são insuficientes para avaliação da qualidade dos serviços, pois a relação com o resultado é indireta.

Entretanto, a avaliação estrutural acaba sendo uma maneira indireta de avaliação, que permite estimar a disponibilidade de recursos. Para Moulian & Moraes, (1985) apud Carvalho et al (2000), a avaliação da equidade, enquanto componente da qualidade, também pode ser feita, em parte, pela avaliação de estrutura à medida que se procure adequar necessidades, demanda e oferta de serviços. Seria uma facilitadora direta da qualidade da assistência.

Para Vuori (1991), os métodos estruturais mais comuns são o credenciamento e a licença para o exercício da prática do pessoal de saúde e a creditação de estabelecimento de saúde. O credenciamento e a licença são em geral baseados no preenchimento de certos requisitos educacionais, como por exemplo, quando da licença requerer a participação em processos de educação continuada ou a demonstração de performance qualitativa satisfatória medida pelo controle de qualidade; quanto a liberação do alvará são analisadas as instalações dos serviços de saúde para verificar se estão de acordo com padrões previamente estabelecidos.

2.3.3 – Avaliação de processo:

A avaliação de processo representa uma mudança de enfoque, pois se baseia na suposição de que, se o conhecimento e a tecnologia médica disponível forem aplicados em todas as etapas da atenção, o resultado será melhor. É orientada, fundamentalmente, para as próprias ações das equipes de saúde. Em Vuori (1991), destaca-se que se todos fazem aquilo que, à luz do conhecimento corrente é considerado correto, é mais provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for seguido.

Normalmente, compara os procedimentos empregados com o estabelecido nas normas e rotinas e, portanto, os indicadores para sua avaliação dizem respeito à eficácia da prática assistencial, incluindo diagnóstico, tratamento,

reabilitação e educação. Para Bittar (1999), uma das maiores dificuldades, quando da realização da avaliação de processos, centra-se em fatores tais como: a excessiva dependência de mão-de-obra especializada e diversificada, complexidade tecnológica, fatores ambientais, diferenças de morbidade e mortalidade locais e regionais, fatores institucionais, redes internas e externas de interação de processos, entre outros.

De acordo com Carvalho et al (2000), o processo reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde. É no processo que se dá a interface entre o usuário, a instituição e os profissionais. Enfim, a avaliação do processo analisa o que fazem os profissionais de saúde, do ponto de vista técnico, na condução da atenção à saúde e também na interação com o usuário:

“Na avaliação de processo analisa-se a prática da atenção à saúde em toda sua extensão. (...) é a análise efetiva da atenção à saúde praticada com o usuário, procurando avaliar exatamente o que acontece com o usuário em seu trânsito dentro da instituição” (Carvalho et al, 2000).

Para Donabedian (1985), constitui-se assim, um “primeiro passo” no interior de uma cadeia de atividades, na qual deverá ser avaliado o processo de atendimento ou os elementos que contribuíram, ou não, para uma atenção considerada insatisfatória, depois de identificadas as disparidades mais importantes.

Segundo Vuori (1991), o método mais comum e mais rotineiramente utilizado de abordagem de processo é o de auditoria médica, que pode ser definido como uma avaliação retrospectiva da qualidade do cuidado, com base no registro médico. Como exemplo de indicadores de processo pode ser citada: taxa de infecção hospitalar, percentual de cesarianas, percentual de retorno e encaminhamento, concentração do pré-natal, duração média de internações, percentual de complicações cirúrgicas e de partos, entre outros.

2.3.4 – Avaliação de resultado:

Essa avaliação trata do estado de saúde do indivíduo ou de uma população como resultado de sua interação com os serviços de atenção. De acordo com Donabedian (1985), reflete as conseqüências dessa atenção na saúde de quem recebe ou deixa de recebê-la.

Para Vuori (1991), se o objetivo dos serviços é, do ponto de vista mais restrito, curar a enfermidade, restaurar a capacidade funcional ou aliviar o desconforto e o sofrimento, o êxito e a qualidade dessa atenção devem ser medidos pela obtenção desses objetivos, ou seja, dos resultados. Em princípio, é a medida mais válida da qualidade da atenção.

Em Carvalho et al (2000), a avaliação dos resultados analisa a eficácia do sistema enquanto ele atinge seus objetivos finais propiciando, no caso da saúde, melhoria das condições de saúde da clientela. Os resultados podem ser avaliados sobre vários aspectos, dependendo do objeto da avaliação, portanto, estão intimamente ligados ao conceito de indicadores e índices do estado de saúde de uma coletividade.

Proporcionam a possibilidade de estudar o sistema de saúde como um todo e permitem a comparação entre vários sistemas. A análise estatística de alguns indicadores possibilita uma visão geral e, a partir dela, a definição do que deve ser detalhadamente analisado (Carvalho et al., 2000).

Donabedian (1992) inclui na avaliação de resultados, além das condições de saúde, a acessibilidade e a satisfação do usuário. A avaliação do acesso pode ser feita em relação às características sócio-econômicas da população ou em relação às características do sistema, devendo ser incluídos aspectos sócio-organizacionais, geográficos, além de atributos referentes aos recursos e à organização dos sistemas de referência e contra-referência.

Vários autores mencionam, também, que a satisfação do usuário deva ser acrescentada como avaliação de resultados desejados, mesmo com todos os vieses possíveis de ocorrer na interpretação (Vuori, 1991; Carvalho et al, 2000).

Para Silva & Formigli (1994), a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos, medicamentos, etc.), com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença.

Em geral, os estudos realizados utilizando a satisfação do usuário como medida da qualidade dos sistemas apontam como fatores mais importantes na percepção do mesmo: interesse pessoal dos profissionais, acessibilidade, acompanhamento por pessoal capacitado, informação e privacidade.

A real contribuição da avaliação feita pelo usuário ainda não é clara, mas aos poucos ela vai sendo incluída nas mais diversas discussões da área da saúde, e o que é melhor, muitas instâncias decisórias estão se dando conta da necessidade crescente de ouvir o usuário na tomada de decisões, pois sua opinião pode ter papel crucial nos destinos das organizações.

No que toca à vulnerabilidade e fragilidade do usuário, Donabedian (1992) diz:

“Não há razão para acreditar que os consumidores sejam tão ignorantes a respeito dos processos de qualidade do cuidado médico (...) mas, numa forma mais fundamental, a qualidade do ato médico em saúde não é definida pelo que é feito, mas pelo que se alcança” (Donabedian 1992).

O autor enfatiza que a contribuição do consumidor ao ato de saúde se dá simultaneamente nas três dimensões em que tal ato pode ser desdobrado: no

trabalho técnico; na relação interpessoal; e nas amenidades que cercam o cuidado.

Azevedo (1991) sintetiza uma série de comentários feitos por Donabedian a respeito das características da avaliação em saúde. Em primeiro lugar, há dois pontos de vista que nem sempre são concordantes: aquele que encara os componentes meramente técnicos da ação de saúde e outro que examina a qualidade das relações interpessoais entre o médico e seu paciente.

A qualidade deve envolver transformações ao nível do paciente considerando conhecimentos, atitudes e comportamentos, implicando, assim, as ações curativas e, também, as promocionais e preventivas.

*“Mesmo as metodologias estruturadas envolvem um importante componente de subjetividade”
(Donabedian, 1985).*

Mesmo assim, o próprio Donabedian (1992) registra os limites do seu paradigma, alertando para o fato de ser o mesmo uma versão simplificada da realidade. Considera também que a sua validade relaciona-se com a existência de relação causal entre os pares adjacentes (estrutura, processo e resultados), relação esta que é de probabilidade, e não de certeza.

Destaca ainda, que as dificuldades encontradas para a distinção entre as três categorias do paradigma surgem mais freqüentemente quando se separa o mesmo do âmbito clínico, para o qual ele foi desenhado, e se tenta utilizá-lo em outros tipos de avaliação.

2.4 – AVALIAÇÃO HOSPITALAR

Nos últimos anos, o crescimento dos gastos com a atenção médica resultou numa expansão dos estudos voltados para novas propostas metodológicas sobre avaliação dos serviços de saúde e, em particular, sobre a qualidade e os custos dessa atenção.

Para Azevedo (1991), a ênfase na avaliação dos cuidados de saúde centra-se, particularmente, naqueles proporcionados pelos hospitais – tanto para promover maior conhecimento sobre a efetividade desses cuidados quanto para proporcionar maior eficiência aos programas de avaliação e controle da assistência.

Em Rattner (1996), observa-se um crescimento pelo interesse por medidas válidas e eficientes sobre a qualidade da atenção, de modo a permitir comparações de desempenho entre hospitais e a necessidade de aprofundar a reflexão sobre o referencial teórico, as várias unidades de análise possíveis e a incorporação de novas perspectivas, entre elas:

- (i) a abordagem epistemológica proposta por Samaja (1994);
- (ii) as diferentes considerações sobre o significado dos resultados e identificar quais os que melhor traduziriam o impacto de um atendimento com qualidade;
- (iii) a possibilidade da realização de pesquisas visando a relacionar estrutura, processo e resultado, levando em conta o contexto inserido.

De acordo com Rattner (1996), em nível da prática, também há várias perspectivas. Na medida em que as normas representam o saber científico reconhecido no atual avanço da ciência e tecnologia, e que esse conhecimento é dinâmico, torna-se necessário que as normas técnicas sejam periodicamente

atualizadas. Em conseqüência, indicadores que são derivados de normas também devem ser aprimorados periodicamente.

Atualmente, para Rossi & Freeman (1993), a combinação de análise estatística com a posterior revisão dos casos selecionados tem sido indicada como enfoque eficaz de avaliação e controle da assistência. Desenvolvida a partir dessa abordagem, a *técnica de triagem*³, igualmente procura aliar o monitoramento de determinados eventos com a posterior revisão dos casos. Enfoque visto como primeira avaliação ou primeiro rastreamento, essa técnica mostra-se útil para analisar padrões de assistência de um número considerável de casos de modo geral, não individualizando julgamento a um paciente em particular.

Uma forma de avaliação dos cuidados em saúde em geral e do desempenho hospitalar em particular, chama-se *acreditação*⁴, metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital (Brasil(d), MS, 1998).

A acreditação tem suas raízes no trabalho de Ernest A. Codman, conhecido cirurgião americano que, em 1910, formulou o Sistema de Resultados Finais. Nessa primeira proposta substancial para implantação de um sistema de gerenciamento de resultados, o hospital deveria seguir cada paciente o tempo suficiente para determinar se o tratamento alcançara seus objetivos. Em caso contrário, o hospital deveria determinar porque isso acontecera e buscar corrigir as possíveis falhas (Brasil, CBA, 2000).

Em 1917, o recém criado Colégio Americano de Cirurgiões, desenvolveu o Padrão Mínimo para Hospitais, com requisitos básicos, cujo conteúdo está refletido nos padrões hoje definidos. Surge assim, nos Estados

³ também chamada "triagem genérica, triagem de gerenciamento de riscos ou de ocorrências adversas em pacientes".

⁴ refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo da premissa de que os serviços devem ser locais seguros tanto para o exercício profissional quanto para a obtenção de cura ou melhoria das condições de saúde.

Unidos, o processo avaliativo conhecido como “acreditação” que, inicialmente era uma metodologia desenvolvida somente para hospitais e que estabelecia alguns padrões que foram posteriormente aprimorados (Brasil, CBA, 2000).

O resultado dessa acreditação era dado em quatro níveis: (i) acreditação com louvor; (ii) acreditação sem recomendações; (iii) acreditação com recomendações; e (iv) acreditação condicional, na qual a instituição tem seis meses para se adequar a alguma categoria anterior.

Segundo Rooney & Ostenberg (1999), acreditação é um sistema de verificação externa para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, consistindo, assim, num processo de avaliação dos recursos institucionais, de caráter voluntário, periódico e reservado; e que deve ser diferenciada de outros processos como certificação ou credenciamento. O sistema de acreditação foi utilizado originalmente para proteção da profissão médica e dos pacientes contra os efeitos nocivos de ambientes e organizações inadequadas à prática.

Para Bittar (1999), acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões aceitos previamente. Por outro lado *certificação*⁵ é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo alcançado certas qualificações predeterminadas; e o termo *credenciamento*⁶ identifica se uma entidade ou indivíduo é acompanhado por algum organismo que cientifique a garantia da qualidade de seus serviços.

Para Pagani & Novaes (1992), envolve aspectos relacionados ao desenvolvimento da qualidade em saúde, tais como o acesso e a garantia da continuidade do atendimento; os processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação/recuperação; a segurança dos procedimentos e atos médicos; o

⁵ o termo *certificação* é utilizado por instituições que se valem da Norma ISO 9000 (Bittar 1999).

⁶ o termo *credenciamento* é utilizado pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO para a avaliação de laboratórios de patologia clínica (Bittar 1999).

desempenho dos recursos humanos e, ainda, a adequação das instalações e equipamentos.

De acordo com esses autores, a preocupação centra-se nas conseqüências advindas de eventuais falhas nos processos envolvidos na execução de serviços, tais como: registro médico por engano, troca de medicação e falhas de equipamentos. Esses eventos podem ser prevenidos desde que os serviços de saúde avaliem seu desempenho e monitorem seus processos, seguindo os padrões previamente estabelecidos como referência, verificando se os critérios preconizados são ou não alcançados.

Trata-se de uma das estratégias mais importantes no campo da garantia da qualidade, permitindo uma abordagem inovadora e integradora para tratar a questão da saúde a partir de sua lógica e especificidade, e que vem sendo utilizada em vários países (Brasil, CBA, 2000).

Para Malik & Schiesari (1998), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) vem promovendo discussões sobre o assunto, na América Latina e no Brasil, a partir de 1990, tendo elaborado, em conjunto com a Federação Latino-Americana de Hospitais, um manual para ser empregado no processo. Iniciativas relacionadas a acreditação hospitalar, estão surgindo adaptadas conforme as realidades regionais possíveis. A primeira foi o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), programa que envolve coleta e análise regular de informações sobre gestão hospitalar que utiliza indicadores selecionados, sendo posteriormente realizada visita para verificação *in loco* desses padrões.

Segundo essas autoras, em 1992 surgiu o Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar⁷, criado com forte incentivo da OPS. Idealmente esse grupo tinha abrangência nacional e contava com a participação de representantes dos setores público e privado da área de prestação e financiamento de serviços, das associações profissionais e das entidades de cunho acadêmico como: Escola

⁷ esse grupo adaptou o manual da OPS para sua aplicação sob forma de questionário fechado, buscando uma aplicação mais adaptada à realidade dos serviços de saúde do Brasil.

Nacional de Saúde pública (ENSP) e o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA).

Em 1994, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, juntamente com a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, organizaram o Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade, que contou com a participação de especialistas internacionais. Nesse seminário foi criado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde⁸ com o objetivo de aprofundar a análise e a implementação de procedimentos, de técnicas e de instrumentos voltados para acreditação (Brasil, CBA, 2000).

Em 1997, o Ministério da Saúde iniciou o projeto de acreditação hospitalar buscando criar uma parceria com os diferentes grupos que já vinham trabalhando com acreditação. O Ministério tinha como objetivo consolidar as distintas experiências numa metodologia única, de consenso, para o início da implementação de um Programa Nacional de Acreditação Hospitalar. O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (1998) baseou-se no manual de acreditação da Organização Pan-Americana de Saúde e a Federação Latino-Americana de Hospitais, que foi adaptado à realidade hospitalar brasileira (Brasil(d), MS, 1998).

Entretanto, uma revisão da literatura aponta como restrição limitante o fato de a acreditação ser uma avaliação externa de caráter voluntário e com resultados não-controláveis, cuja adesão de determinada instituição hospitalar só se torna pública se a mesma tiver interesse em receber o selo de qualidade e julgar que o resultado lhe será satisfatório. Assim, existe o risco de existirem hospitais preocupados apenas em serem bem avaliados, não se importando em melhorar seu desempenho.

Outra derivação possível indicada também como enfoque eficaz de avaliação e controle da qualidade da assistência na rotina dos serviços, diz

⁸ tem como indicativo que a acreditação é elemento de importância estratégica para desencadear e apoiar outras abordagens destinadas a incrementar os instrumentos de avaliação.

respeito à implantação de programas geridos pelos próprios serviços. Por exemplo, os avanços na área da informática permitiram que fosse armazenado maior volume de registros, postos em disponibilidade de forma mais ágil para diferentes usuários.

Para Martins et al (2000), os bancos de dados inicialmente desenhados para fins administrativos, expandiram-se, passando a incluir informações clínicas e sendo cada vez mais empregados na avaliação do desempenho dos serviços de saúde e dos cuidados prestados aos pacientes, visto que oferecem muitas vantagens para avaliação de qualidade: por conterem grande volume de dados; por serem em grande parte atualizados; por estarem próximos da ocorrência da internação e, principalmente por reduzirem em muito o custo das avaliações (Abrasco, 1994).

No entanto, não devem ser desconsideradas as atuais limitações desses bancos. As mais importantes delas referem-se à insuficiência de dados para distinguir pacientes com níveis de gravidade distintos e à má qualidade do processo de registro dos dados, que tornam os bancos uma fonte de informação duvidosa. Outra limitação diz respeito à reduzida disponibilidade de dados clínicos dos pacientes, na medida em que é pequeno o número de variáveis de risco a serem computadas para o ajuste de medidas de desempenho (Martins et al, 2000).

Outro fator limitante diz respeito à inexistência de estudos acerca da assistência médico-hospitalar em bases populacionais, incluindo os sistemas públicos e privados. Apesar da democratização da saúde permitir a divulgação de dados de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde, bastante atuais e globais, como evidenciado em Moraes (1991), não se conhece o outro lado: os planos e seguros privados e a assistência particular, e como se articulam esses diferentes sistemas.

O debate em torno da adequação dos bancos de dados administrativos para analisar o uso e os resultados do cuidado hospitalar tem produzido recomendações de ampliação da informação sobre as características da doença

do paciente e dos procedimentos médicos. Essas recomendações enfatizam a necessidade de aumento do número de campos para o registro de diagnósticos e procedimentos médicos (Martins et al, 2000).

No Brasil, um exemplo de banco de dados desenhado para fins administrativos é o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), concebido no início da década de 80. Segundo o Ministério da Saúde esse banco é a única fonte de informações de morbidade hospitalar com abrangência nacional, estimando-se sua cobertura em aproximadamente 70% do total de internações do País (Brasii(a), MS, 1996).

Embora, enquanto país em desenvolvimento, o Brasil tenha dificuldades para incorporar adequadamente toda a tecnologia moderna disponível, ainda assim tem assimilado grande parte do arsenal tecnológico existente na saúde. Apesar de boa parte da literatura especializada chamar a atenção para o fato dessa incorporação levar ao encarecimento da assistência médico-hospitalar, existe aqui no Brasil a mesma tendência de diminuição do tempo de permanência encontrada em outros países, necessitando em consequência disso, instrumentos de avaliação adequados.

Outro aspecto lembrado atualmente na literatura diz respeito à importância da análise das observações e sugestões feitas pelos usuários, pois fornecem dados que podem contribuir bastante para a melhoria da qualidade de um hospital. A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada atualmente, sobretudo enfocando a busca da qualidade nos hospitais.

Afinal, o atendimento aos usuários constitui finalidade de todo hospital. Entretanto, é difícil ser aferida por se tratar de mensuração de opiniões subjetivas de um fato único e momentâneo, influenciadas por diferentes situações, expectativas e antecedentes (Mezomo, 1993).

De acordo com Azevedo (1991), a avaliação de serviços de saúde em geral e de sua forma mais complexa, os serviços hospitalares, apresenta dificuldades que têm sido amplamente comentadas na literatura.

“Essas dificuldades em realizar uma avaliação precisa em termos válidos, tem sido um dos fatores a incentivar a produção de conhecimento ainda mais do que de consolidação desse conhecimento, exigindo grande flexibilidade na escolha do sistema de avaliação a ser utilizado” (Azevedo, 1991).

Para o autor, a avaliação somente poderá ser conduzida dentro de critérios, padrões e normas pré-estabelecidas tendo em vista a notável variabilidade da complexidade das ações de atenção hospitalar. Pode ainda a mesma ser conduzida segundo critérios implícitos (como por exemplo, em algumas circunstâncias, a avaliação por pares) ou explícitos, ou seja, pré-determinados: determinação normativa – corresponder a um ideal desejado; ou empiricamente estabelecidos – resultantes do estudo das características observadas numa determinada realidade.

Para Deslandes (1997), é possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com presteza a efetividade de uma determinada ação. As concepções mais atuais de avaliação incorporam ao conceito de serviço de saúde a questão dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado.

Nessa perspectiva, para Cohen & Franco (1993), o serviço é pensado como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas, cuja direção e agenda de prioridades são realizadas no campo dos embates políticos entre grupos de pressão politicamente competentes e de racionalidades distintas – técnica e política.

Demo (1991) afirma que a perspectiva dialética nos indica que a análise da história desses serviços e projetos, suas especificidades, sua interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação entre os aspectos micro e macropolíticos e econômicos devem ser itens contemplados em toda análise avaliativa.

Para Minayo (1992), a perspectiva compreensiva lança algumas balizas, indicando que os sujeitos sociais estabelecem, ao longo de sua existência social, significados, intencionalidades e teorias explicativas sobre o mundo e as estruturas sociais. Dessa forma, o pesquisador, ainda que revestido do método científico, não é o único que produz explicações e análises dos fatos sociais.

As análises dos sujeitos sociais envolvidos nos serviços/programas sobre essas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. A análise de serviços envolve também a análise da "consciência histórica" de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estarão objetivadas em suas práticas.

III - METODOLOGIA

O presente estudo propõe realizar uma análise do instrumento de avaliação do PNASH proposto pelo Ministério da Saúde. Para tanto, visando facilitar o entendimento sobre o referido instrumento, esse capítulo foi dividido em tópicos, os quais descrevem os aspectos metodológicos inerentes a: metodologia utilizada na sua concepção e implantação pelo Ministério da Saúde; a metodologia utilizada como complemento pela Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso quando da aplicação e utilização do instrumento do PNASH; e a metodologia empregada na análise objeto dessa dissertação.

3.1 – METODOLOGIA DO PNASH / MS:

O PNASH foi concebido tendo por base o trabalho de pesquisa da satisfação do cliente externo, realizado no Grupo Hospitalar Conceição. O objetivo da pesquisa foi mensurar a satisfação dos pacientes, suas expectativas em relação aos serviços, sua percepção em relação ao desenvolvimento dos mesmos e criação de um instrumento de direcionamento da intervenção do gestor na correção de eventuais desvios.

Esse programa tem como objetivo geral:

Melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade.

Seus objetivos específicos, referentes ao manual, são:

- a) fortalecer a parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

- b) reafirmar o papel do Ministério da Saúde como órgão regulador, normatizador e fiscalizador do Sistema de Saúde, no âmbito nacional;
- c) estabelecer padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos-usuários dos serviços hospitalares da rede do Sistema Único de Saúde;
- d) unificar parâmetros mínimos nacionais de avaliação dos serviços hospitalares pelos usuários e gestores do SUS;
- e) implantar sistemática anual de aferição da qualidade do atendimento prestado pelos hospitais da rede do SUS e o grau de satisfação dos seus usuários com o atendimento recebido;
- f) divulgar, pelo menos uma vez por ano, para a opinião pública o retrato atualizado da situação dos serviços hospitalares, na visão do usuário e gestores do SUS;
- g) permitir o dimensionamento de ações corretivas e de melhoria da qualidade segundo critérios de prioridade. (Brasil(b), MS, 1998).

A metodologia aplicada pelo PNASH consiste na abrangência do universo do programa que contempla todos os hospitais do Sistema Único de Saúde quantificado por Regiões e Estados brasileiros. A visão do gestor consistirá da análise dos dados consolidados na planilha de avaliação técnica de acordo com os parâmetros de avaliação previamente definidos (anexo 03). A visão do usuário consistirá da análise dos dados levantados nas planilhas de avaliação dos usuários de ambulatório, emergência e internados (anexo 04).

O resultado da avaliação dos dados colhidos pelo instrumento (número de pontos, percentual, média e conceitos obtidos pelo hospital) é calculado sistematicamente pelo aplicativo do banco de dados do PNASH, através do DECAS/SAS/MS a partir da confrontação e consolidação dos quatro questionários: (i) avaliação técnica; (ii) avaliação usuários ambulatório; (iii) avaliação usuários emergência; e (iv) avaliação usuários internados.

Esse Banco de Dados contempla os seguintes 18 aspectos da estrutura hospitalar levantados através dos instrumentos de avaliação técnica e dos questionários C1 próprios do PNASH (anexos 02):

1. Equipamentos	10. Comissão de Infecção
2. Limpeza Hospitalar	11. Centro Cirúrgico
3. Roupa Hospitalar	12. Unidade de Tratamento
4. Alimentação	13. Almoxarifado
5. Patologia Clínica	14. Farmácia
6. Indicações Visuais	15. Caixa D'água e Cisterna
7. Prontuários Médicos	16. Geradores de Emergência
8. Comissão de Óbitos	17. Salas de Espera
9. Comissão de	18. Serviço de Sangue

Para cada item pesquisado, existem cinco alternativas de resposta para situações de contexto descritas, conforme descrição e critérios definidos previamente. No momento do levantamento deve ser registrado apenas a que corresponde à situação encontrada. Aos critérios e itens estabelecidos para pontuação, foi atribuído um escore correspondente para cada parâmetro, para efeitos de análise e tabulação estatística, de acordo com o descrito abaixo:

Conceito	Pontuação
E = excelente	5
B = bom	4
RE = regular	3
RU = ruim	2
P = péssimo	1

3.2 – METODOLOGIA DA SES / MATO GROSSO:

Os procedimentos metodológicos desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso para a coleta de dados e da compilação dos dados levantados, complementar a metodologia determinada pelo PNASH quando da aplicação dos questionários da avaliação técnica e da avaliação de usuários, foram os seguintes:

I. Plano Amostral – definido em função da unidade amostrai (quem deveria ser pesquisado); do tamanho da amostra (quantas pessoas deveriam ser pesquisadas); e do processo de amostragem (como escolher os respondentes).

a) *Unidade amostral*: a identificação dos respondentes recaiu sobre usuários do sistema e as unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

b) *Tamanho da amostra*: a pesquisa contemplou 10% de usuários de ambulatório, 10% de emergência e todos os pacientes em alta hospitalar do dia da entrevista. A estimativa do número de altas teve como base a utilização do número de AIH's de cada unidade hospitalar.

c) *Processo de amostragem*: amostragem probabilística foi utilizada, de modo que todos os componentes da população tiveram chances de serem selecionados e que o levantamento suporta o emprego as técnicas de análise estatística.

II. Método de Contato – a opção de contato ao usuário recaiu sobre a entrevista pessoal por interceptação, sendo entrevistados apenas os usuários que passaram pela experiência do serviço (atendimento). A realização da entrevista com os usuários do SUS contemplou três etapas: apresentação, execução e conclusão. Quanto á avaliação técnica, foi verificado in loco com o preenchimento do questionário no exato momento, apondo no final a assinatura do avaliador e do diretor do hospital avaliado.

III. Coleta de Dados – a coleta de dados foi realizada por técnicos vinculados a Vigilância Sanitária e Controle e Avaliação da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Todos os entrevistadores receberam treinamento acerca das fases de abordagem, realização da entrevista e encerramento. Na abordagem, o entrevistador foi orientado a identificar-se, apresentar o objetivo e os benefícios da pesquisa, garantir anonimato do respondente e comunicar o tempo necessário para a entrevista.

Durante a execução da entrevista, o entrevistador conduziu a mesma seguindo o fluxo das questões e de registro fiel das respostas dos usuários. Sob qualquer hipótese o entrevistador deveria induzir ou divergir das opiniões do entrevistado. Na fase de conclusão, o entrevistador agradeceu a participação e, quando fora da linha de visão do usuário, registrou comentários adicionais acerca da entrevista. Todos os entrevistadores receberam material de orientação por escrito.

O levantamento realizado pela SES/MT foi gerenciado pelas Coordenadorias de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e Administração Hospitalar e Ambulatorial, contando com a consultoria da Fundação de Tecnologia do Mato Grosso (FUNDATEC). Para tanto, foram mobilizados 40 técnicos dos níveis central e regional das áreas de vigilância sanitária e controle, avaliação e auditoria.

3.3 – METODOLOGIA DO ESTUDO DE ANÁLISE:

Quanto à metodologia utilizada para fins de desenvolvimento do presente estudo, optou-se por uma análise crítica dos dados e um tratamento estatístico ao banco de dados. Foram adotadas duas estratégias para analisar o referido instrumento:

3.3.1 – Análise de Dados Documentais:

Uma análise documental que fornece suporte para se avaliar, principalmente, a adequação e os limites do instrumento; formada pelos documentos do Ministério da Saúde que apresentam o PNASH, seus objetivos e métodos de coleta e análise de dados.

3.3.2 - Análise de Dados Empíricos:

Uma análise a partir de dados empíricos que aponta algumas possibilidades para o instrumento, principalmente enquanto ferramenta para análise de um sistema, fornecendo respostas para um gestor deste nível; formado pelo Banco de Dados compilado e estruturado, resultante do levantamento realizado no âmbito do PNASH à rede hospitalar de Mato Grosso, realizado em 1998, e totalizando 119 hospitais, todos vinculados ao Sistema Único de Saúde, através de uma análise crítica dos dados utilizados, assim como um tratamento estatístico ao banco de dados.

a) Análise crítica dos dados:

Análise crítica de critérios, escores e itens de avaliação, em termos de adequação e pertinência; com classificação das variáveis em grupos, conforme sua finalidade.

b) Tratamento estatístico:

Aplicação de tratamento estatístico ao banco de dados com ferramentas adequadas, com a finalidade de se dar algum sentido prático aos resultados obtidos. Foram utilizadas três técnicas distintas:

1) **Estatística descritiva** - por meio de tabelas e quadros, permitindo uma primeira aproximação;

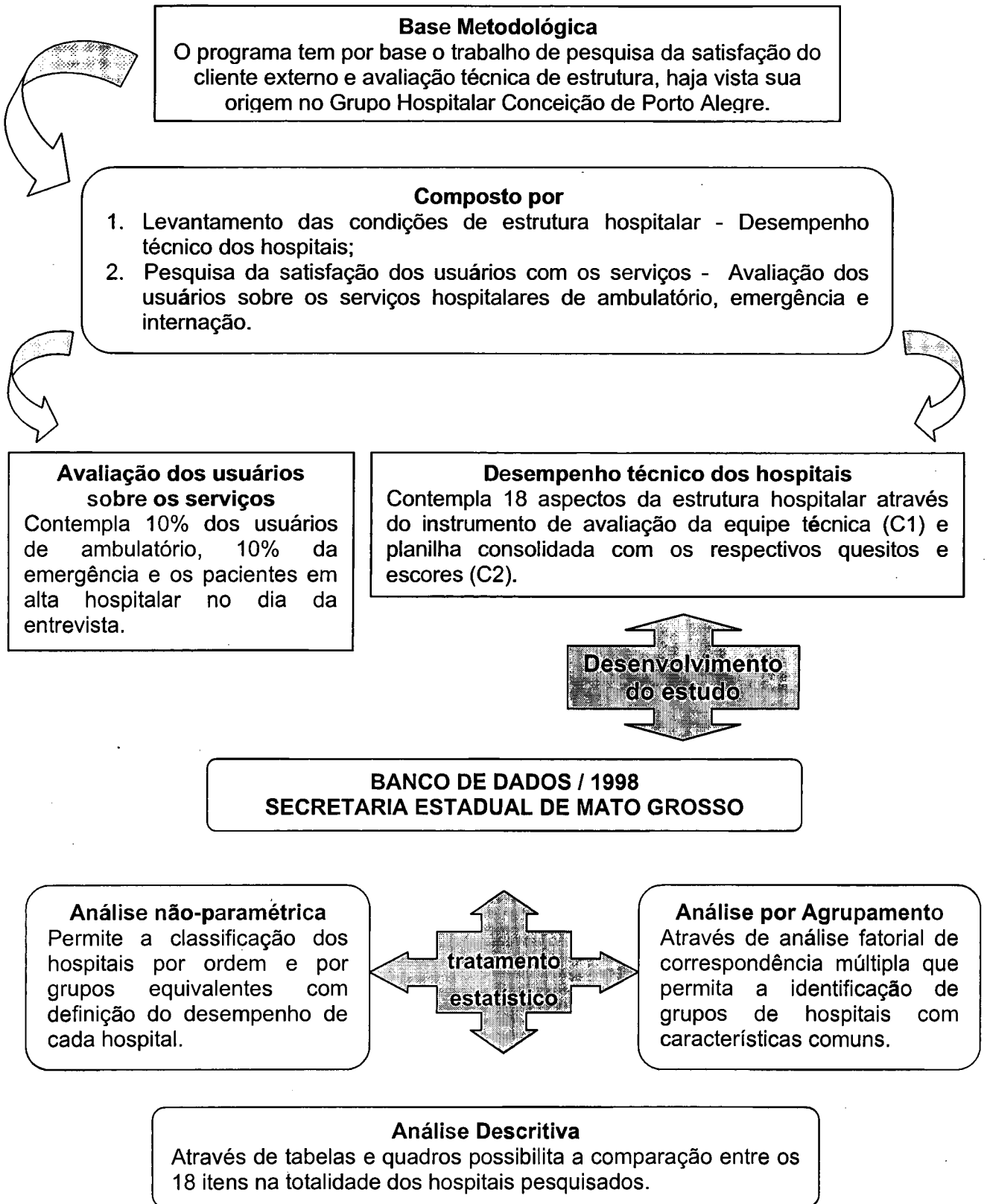
2) **Análise não-paramétrica** - através do teste de Kruskal-Wallis - permitindo uma classificação dos hospitais por ordem, com definição de grupos equivalentes. Serão aplicados em modelos em que se consideram os escores brutos e ponderados, a partir das discussões do item a;

Esse teste foi utilizado por ser a mais eficiente das provas não-paramétricas para "K" Amostras independentes. Tem poder de eficiência de 95,5% quando comparado com a Prova F (a mais poderosa prova paramétrica). É mais eficiente do que a extensão da prova da mediana, utiliza mais as informações contidas nas observações, convertendo os escores em postos (Siegel, 1975; Campos, 1983).

3) **Análise de agrupamento** - através de análise fatorial de correspondência múltipla, classificação hierárquica e por partição - permitindo uma análise das características comuns, com construção de grupos de hospitais similares (Crivisqui & Batista, 1997).

Os dados tiveram digitação por meio do programa informatizado desenvolvido especificamente pelo Ministério da Saúde para a compilação dos dados levantados pelo instrumento do PNASH. Através da exportação do banco de dados, as análises descritivas e não-paramétricas foram efetuadas com o Programa Statistica 5.0. A análise de agrupamento foi desenvolvida com o Programa SPAD-N for Windows.

O esquema abaixo sintetiza as metodologias adotadas bem como a delimitação do tema.



3.4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em relação aos aspectos que a ética envolve, e sua própria complexidade, optou-se por basear em dois autores, haja vista, as várias tendências da bioética que permitem concentrá-las em dois grandes campos: o primeiro envolve as teorias deontológicas, que dizem respeito ao caráter do agente, aos “*deveres profissionais*”, que a princípio, garantem a moralidade do seu agir; o segundo, diz respeito às teorias teleológicas, que centram sua atenção não na moralidade do agente, mas na qualidade do que é feito, na qualidade do ato.

De acordo com Schramm (1996), ainda pensamos que o principal problema a ser resolvido, do ponto de vista das ciências da saúde, seja aquele da inteligibilidade dos vínculos que intercorrem entre as partes e o todo, entre individualidades e coletividade, sistemas e ambiente, mundo natural e mundo tecnológico humano. Isto quer dizer, acreditamos que o principal problema interpretativo atual, também no campo sanitário, consista em dar-se conta do aspecto ético dos demais problemas”.

Em termos de direitos humanos, a chamada ética da tolerância assume o princípio da liberdade individual, mas, em termos ético-morais, encontra necessariamente, o princípio dos direitos do outro, incorporando o direito à liberdade num ambiente público. Assim sendo, necessariamente coloca-se a questão do controle e da norma que regule os eventuais abusos da tolerância, evitando que o sistema passe da tolerância para o caos.

Segundo Nogueira (1994), a normatividade dos serviços de saúde não deveria se contrapor às normas vitais e sociais dos indivíduos, sadios ou enfermos, mas apenas suplementá-las temporariamente. O autor deixa claro, que não se pode pensar em avaliação ou qualidade em saúde sem a clara definição de normas de atendimento e intervenção.

Prestar assistência, seja ambulatorial ou hospitalar, coloca um dilema de grande importância ao tentar esclarecer ou responder a situações usuais com as quais se defronta a emissão de valores de uso.

Novamente em Nogueira (1994), encontramos o juízo do “justo e necessário”, tratando da relação entre as conseqüências dessas condutas alternativas – disponibilizadas pelos serviços - e a vida dos indivíduos.

Não se trata somente de opções estratégicas para aplicação de um dado conjunto de recursos terapêuticos, mas de avaliar as implicações e os impactos decorrentes para cada indivíduo, a cada momento de o mesmo ser submetido às condições restritivas de um hospital ou, enfim, deixá-lo nas condições usuais de sua vida cultural, de seu trabalho e de sua família.

Como o que está em questão é uma normatividade biosocial e não apenas biológica, o quanto é que se leva em consideração, nas normas e padrões da assistência e do hospital, o papel ativo do usuário, é outro elemento de referência a ser destacado nos critérios gerais de avaliação não só do cuidado, mas da própria instituição como um todo.

Pela própria natureza do serviço de saúde, em sua constante adequação ao particular e às necessidades de cada indivíduo, o usuário sempre se institui como uma espécie de co-prestador do serviço, ou seja, ele participa do processo de produção de serviços ao fornecer ou elaborar juízo de valores de uso indispensáveis seja em relação ao seu comportamento, como ao cumprir com as normas para manter a saúde e recuperar-se em caso de doença, seja para manifestar o nível de satisfação pessoal pelo serviço produzido.

Em suma, num processo de avaliação, além das condições em que se reproduzem as formas de intervenções em saúde, devemos considerar como está caracterizado o fluxo de acessibilidade aos serviços, bem como registrar de maneira metodológica a satisfação do usuário.

A avaliação do acesso pode ser feita em relação às características sócio-econômicas da população ou em relação às características do sistema, devendo ser incluídos aspectos sócio-organizacionais, geográficos, além de atributos referentes aos recursos e à organização dos sistemas de referência e contra-referência.

A pesquisa de satisfação do usuário, na verdade, representa uma simplificação, porque a percepção individual do cuidado é mais complexa do que a avaliação do processo e dos resultados. Vários fatores afetam a percepção do usuário e devem ser levados em consideração quando de estudos realizados utilizando a percepção do usuário como medida da qualidade dos sistemas.

Em geral, os fatores mais importantes apontados quando da interceptação do mesmo referem-se a: interesse pessoal dos profissionais, facilidade no acesso, acompanhamento por pessoal capacitado, informações claras e precisas e privacidade.

Concluimos que, quanto à sustentação ética do instrumento, tanto Nogueira como Schramm, satisfazem as necessidades do referencial teórico sobre o assunto.

3.5 – VALIDADE

a) Interna:

O objeto de análise do estudo diz respeito a um instrumento de avaliação, cujo resultado desejável baseia-se numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente, tendo como ponto central à forma pela qual essa comparação será realizada, através de seus métodos utilizados.

A definição clara e objetiva de qual estrutura, qual processo e quais resultados determinam o grau de sucesso correspondente, ao mesmo tempo em que uma baixa especificidade desses termos levaria ao desapontamento perante o esperado.

Como se busca identificar um instrumento que mensure qualidade de assistência, acredita-se que os modelos teóricos escolhidos juntamente com os modelos estatísticos, permitam a coerência da análise.

b) Externa:

Por tratar-se o levantamento de dados do PNASH de um instrumento padronizado em nível nacional pelo Ministério da Saúde com recomendações para sua utilização em toda a rede hospitalar do país, sendo uma das características específicas dessa rede, o fato de apresentar os mesmos modelos de assistência, estando inserida num contexto semelhante, entende-se como possível à extrapolação e generalização das conclusões encontradas.

IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de facilitar o entendimento, o presente capítulo está estruturado em dois tópicos. O primeiro aborda uma avaliação técnica/conceitual do instrumento do PNASH, onde aspectos importantes da construção e interpretação dos resultados são analisados e discutidos.

O segundo discorre sobre uma avaliação empírica do instrumento, que mostra os resultados obtidos pelo Pnash. Esse aspecto, dividiu-se em três: uma análise descritiva dos dados brutos; uma análise não-paramétrica através do teste de Kruskal Wallis, uma vez que são variáveis categóricas; e uma análise de agrupamento por análise fatorial de correspondência múltipla e classificação hierárquica e de partição, subdividida em: a) caracterização dos grupos de hospitais com 18 atributos e b) caracterização dos grupos de hospitais com 16 atributos, onde foram excluídas os atributos “Serviço de Sangue” e “UTI”.

Nessa análise crítica, as limitações e deficiências identificadas nas duas formas empregadas pelo instrumento, estão detalhadas a seguir:

a) Avaliação por usuários:

A avaliação dos serviços de ambulatório, de emergência e de internação, realizada pelos usuários, demonstrou resultados sem quaisquer variações importantes, reafirmando o questionamento crítico que esse tipo de técnica vem recebendo pelas imprecisões na tradução de uma reação subjetiva momentânea. Constatou-se a pequena reprodutibilidade e coerência dos resultados da pesquisa realizada com os usuários quanto á sua real satisfação com os serviços utilizados, assim como o forte poder de discriminação das perguntas realizadas.

Um tratamento estatístico dos dados da pesquisa de avaliação realizada com os usuários – em que pese o fato de não ser objetivo deste trabalho - através do teste de Kruskal-Wallis e pela Análise de Agrupamento não mostrou resultados importantes e definidores de características de forma consistente. As expressivas variações no número de respostas dos usuários e sua pequena variabilidade levaram à formação de grupos de hospitais com poucos pontos de diferenciação (Avaliação do Desempenho dos Programas e Serviços Assistenciais do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso. Relatório Final. FAPEU, 2000).

Talvez a limitação mais importante esteja na própria metodologia utilizada, o questionário, já que a forma de abordagem dos entrevistados geralmente induz a um tipo de resposta que tende a ser favorecida ou, então, pelo fato de que os problemas encontrados não são relevantes para os usuários quando comparado seja com a qualidade da atenção recebida, seja com a falta de opção de serviço de saúde a ser utilizado (Campos, 1998).

Outro questionamento diz respeito a essa forma de abordagem atender ou não aos pré-requisitos da metodologia científica, especialmente os aspectos de reprodutibilidade e coerência. A falta de reprodutibilidade estaria vinculada a:

- (i) extrema volatilidade das respostas coletadas, por serem dependentes do momento em que o usuário se expressa valorativamente em relação ao serviço recebido, visto o maior valor para o serviço recém utilizado do que aquele que estaria prestes a utilizar ou utilizado a pouco tempo;
- (ii) valorização através da maior ou menor dificuldade encontrada para o acesso;
- (iii) dificuldades metodológicas para a estabilização das variáveis que interferem significativamente nos resultados encontrados, pois um atendimento simpático após vários atendimentos ríspidos tenderia a melhorar sua avaliação e vice-versa.

A falta de coerência diz respeito a contradições lógicas inerentes à própria técnica, principalmente no que diz respeito aos meios que utiliza para atingir o objetivo a que se propõe: a avaliação participativa. Nesse sentido, as técnicas para avaliar a satisfação de usuários têm mais a ver com resultados que reproduzem o senso comum do que com o escopo de cientificidade a que almeja todo instrumento de pesquisa.

Por último, mas não menos importante, refere-se ao poder de discriminação das perguntas realizadas. Por exemplo, cinco das perguntas relacionadas com a atenção recebida dos médicos e de outros profissionais e com detalhes do ato médico, tiveram resultados estatísticos idênticos, fato que sugere não ter sido possível ao usuário discriminar o detalhe qualitativo do qual atendimento recebido estava sendo perguntado, por ter considerado as perguntas redundantes.

Segundo Kloetzel et al (1998), dir-se-ia, à primeira vista, que um inquérito tendo como tema à satisfação do usuário é impreciso demais para servir de indicador de qualidade, visto traduzir, nada mais, que a reação subjetiva a um episódio único e isolado. Porém, não se trata propriamente de estabelecer rígidos critérios de qualidade do atendimento, mas de tirar conclusões que permitam prever o comportamento futuro do usuário, suas atitudes e sua vinculação com o serviço de saúde.

Além disso, reflete a opinião dos usuários com variação de tempo maior; com isso, aumenta-se a participação e consciência dos usuários, ao mesmo tempo em que impede o problema de se avaliar por meio de um dado que explica apenas um momento único e isolado (Kloetzel et al, 1998).

São numerosos os trabalhos demonstrando a confiabilidade dos inquéritos de satisfação (Fitzpatrick, 1991; Carr-Hilli, 1992; Rubin et al., 1993; Cohen et al., 1996 apud Kloetzel et al 1998), bem como sua correlação com a adesão demonstrada pelo usuário. E uma boa adesão do paciente, seja quanto à assiduidade ao serviço, seja no rigoroso cumprimento da terapêutica, é fundamental; sem isso é impossível consolidar um vínculo médico-paciente

continuado, tão precioso, tão raramente preservado em nosso meio, particularmente nos serviços mantidos pelo poder público.

Em outras partes do mundo, como América do Norte e Europa, esse tipo de inquérito é muito empregado na avaliação dos hospitais, seja na internação, no pré-operatório e no pós-operatório, bem como na dos serviços auxiliares (Smith et al., 1995 apud Kloetzel et al., 1998). Entretanto, concluem os autores, em nosso meio, o alvo de primeira escolha ainda deverá ser a atenção primária, o ambulatório.

“Se conseguirmos ultrapassar a esfera acadêmica e formos nos engajar num trabalho objetivo de reformulação dos serviços médicos, veremos que o indicador satisfação se mostrará suficientemente interessante para servir de orientação” (Kloetzel et al., 1998).

b) Avaliação técnica:

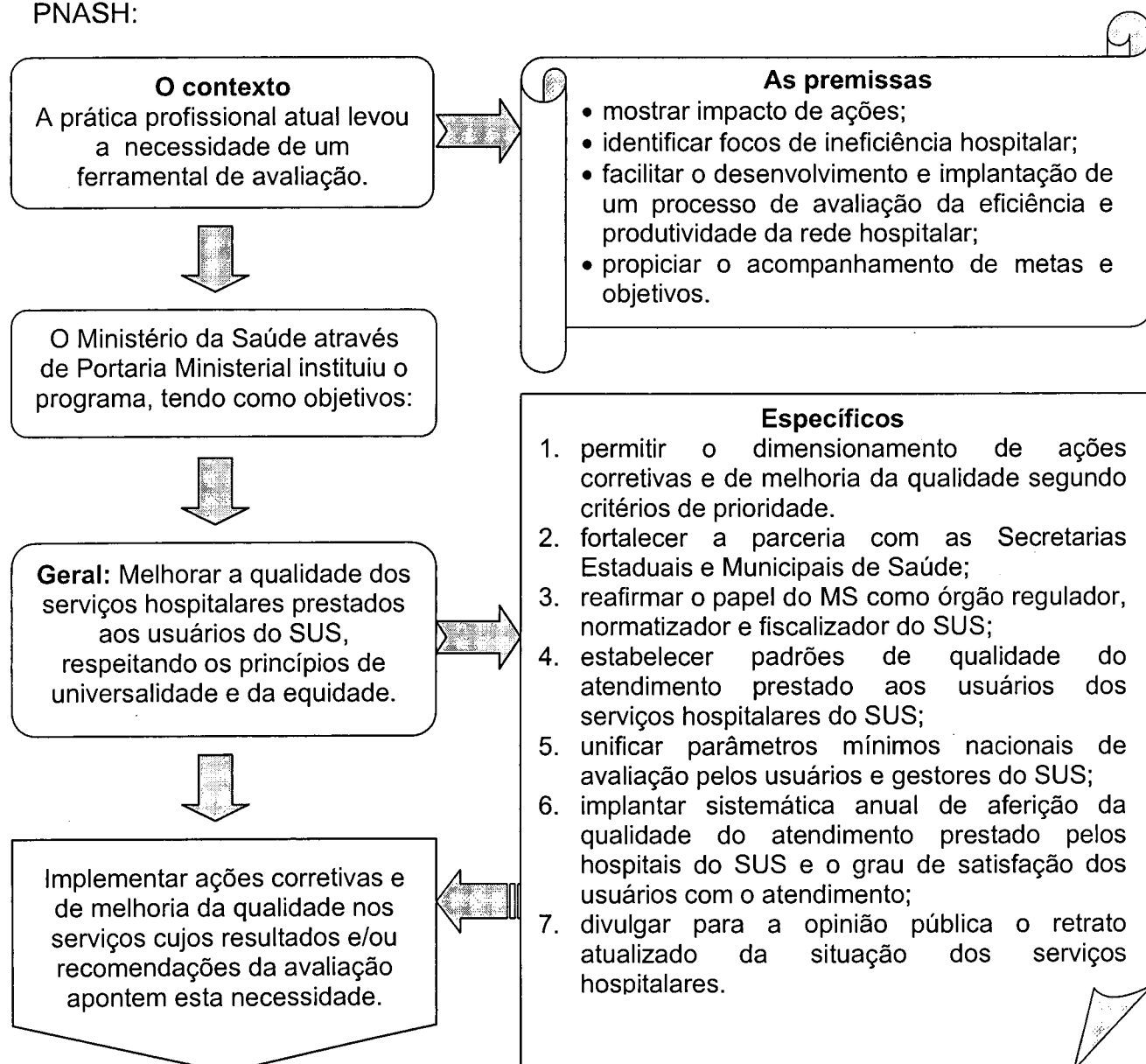
A primeira constatação é a de que essa avaliação especificamente mede estrutura física e disponibilidade tecnológica. Portanto, seus resultados levariam a propostas que envolvam mudanças e/ou readequações na infraestrutura e na incorporação e/ou implementação de tecnologias das unidades hospitalares. Identificou-se, portanto, suas limitações e inconsistências, enquanto único instrumento de avaliação da rede hospitalar, ao mesmo tempo em que possibilitou a identificação da necessidade de incorporar outras metodologias.

As limitações óbvias estão colocadas, e se pretende ultrapassá-las com o uso de técnicas estatísticas que possibilitem uma análise e discussão do instrumento e qual seu peso na composição de um modelo de avaliação mais consistente. Por sua vez, destaque-se que o presente estudo centrou ênfase no questionário de avaliação técnica - condições de estrutura hospitalar - do referido instrumento, não aprofundando sobre a pesquisa de satisfação dos usuários.

Procurou-se buscar respostas ao questionamento identificado como objeto da pesquisa: Serve como método de avaliação para todo e qualquer tipo de hospital? Para tal, torna-se imprescindível o destaque de alguns pontos, que reforçam a vulnerabilidade do presente instrumento.

4.1 – AVALIAÇÃO TÉCNICA E CONCEITUAL DO INSTRUMENTO

O fluxograma a seguir detalha de forma resumida os objetivos do PNASH:



O manual do PNASH, 2ª edição (2001), em sua introdução descreve: “O Ministério da Saúde instituiu - considerando a atual situação das diversas unidades hospitalares na rede do país e a necessidade de garantir a universalidade, equidade, hierarquização e a regionalização dos serviços dentro dos princípios norteadores do SUS, bem como a importância de garantir a qualidade mínima aos serviços de saúde através da implementação de sua principal competência enquanto órgão regulador, normatizador e fiscalizador de âmbito nacional - o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), através da Portaria GM/MS nº 3.408 – 05/08/98” (Brasil(c), MS, 1998).

No que diz respeito à metodologia definida pelo Ministério da Saúde e aplicada ao instrumento, o manual afirma que houve uma adaptação dos questionários de avaliação, a fim de que pudessem ser aplicados na totalidade dos hospitais do país. A partir de sua 1ª edição (1998), vem sendo introduzidas melhorias no processo de avaliação, visando disponibilizar aos gestores, versão atualizada e simplificada desse instrumento de gestão.

Assim, no detalhamento do questionário de Avaliação da Equipe Técnica – parâmetros de avaliação de estrutura hospitalar - C1 (anexo 02), comparando o da 1ª edição (1998) com o da 2ª edição (2001), as adequações realizadas dizem respeito a:

Atributo 01 – Equipamentos Hospitalares: altera a redação da observação do rodapé: *A avaliação dos equipamentos hospitalares deve contemplar a verificação da documentação comprobatória sobre as rotinas, contratos e sistemas de manutenção periódica.* (anteriormente eram suficientes as informações da direção ou do setor competente);

Atributo 02 – Limpeza Hospitalar: inversão dos conceitos “RUIM” e “PÉSSIMO”, ou seja, a definição na 1ª edição do conceito “RUIM”: *“baixo grau de limpeza em todo hospital, sem pessoal especializado/treinado”* correspondia na verdade ao conceito

“PÉSSIMO”: “baixo grau de limpeza e conservação, com pessoal especializado/treinado” e vice-versa;

Atributo 03 – Roupa Hospitalar: na definição do conceito “PÉSSIMO”, redigido antes como: “baixo grau de limpeza e conservação, com falta ocasional de roupa (cama, banho e paciente) em todo hospital, com pessoal especializado/treinado”, altera redação para: “baixo grau de limpeza e conservação, com falta de roupa (cama, banho e paciente), sem pessoal especializado/treinado”;

Atributo 05 – Patologia Clínica: acrescentada à observação do rodapé – (**) este item não se aplica a hospitais psiquiátricos. Em hospitais psiquiátricos assinalar a coluna “não tem”;

Atributo 12 – Unidades de Tratamento Intensivo: acrescentada à observação do rodapé – (**) não se aplica a hospitais que não necessitem de UTI. Em hospitais que não necessitem de UTI, assinalar a coluna “não tem”;

Atributo 16 – Geradores de Emergência: na definição do conceito “RUIM”, redigido antes como: “possui gerador (es) de emergência com entrada automática e sem manutenção”, altera redação para: “possui gerador (es) de emergência sem entrada automática e sem manutenção”;

Atributo 18 – Serviço de Sangue: complementa a observação do rodapé – (*) Este item não se aplica a hospitais apenas com unidades transfusionais; nestes casos assinalar a coluna “não tem”.

Analisando as alterações realizadas no questionário de Avaliação Técnica – C1 (anexo 02), referente a sua 1ª edição em relação à 2ª edição, leva-se em consideração o fato de que dois importantes atributos – UTI e Serviço de Sangue - foram complementados com a incorporação de opção de resposta: “não

tem”, não considerado na 1ª edição e o qual se entende que compromete a avaliação realizada, como pode ser visto no item 5.2 deste capítulo.

Ao se demonstrar à interferência nos resultados obtidos contendo todas os atributos ou com a exclusão de dois atributos importantes, comprova-se a pequena contribuição do referido instrumento em relação a medir a qualidade da assistência, constatando que a sua maior utilidade está centrada muito mais na avaliação de estrutura.

a) Crítica em sua proposta de avaliação específica:

Não obstante as distorções do instrumento de avaliação, no decorrer do presente trabalho, se pretendeu mostrá-las com a inclusão de outros métodos e pelo uso de indicadores produzidos através de outros bancos de dados, alimentados pelas informações geradas pelos próprios hospitais em análise.

Apesar das limitações identificadas a avaliação apontada especificamente pelos dados coletados mostrou uma situação delicada da rede hospitalar analisada. Tal resultado negativo pode ser, em parte, decorrente das péssimas condições de estrutura hospitalar encontrada, mas também pode ter sido induzido por inconsistências do instrumento de análise, tais como: não caracteriza de forma clara e objetiva os critérios correspondentes aos itens de resposta, deixando por conta do avaliador a interpretação. Por exemplo: no atributo Patologia Clínica, não são consideradas as boas condições técnicas, com área física inadequada e tempo ótimo de fornecimento de resultados.

Uma primeira questão que deve ser destacada no instrumento, relaciona-se com a inexistência de ponderação através de pesos e escores para os atributos avaliados nos serviços, igualando um hospital que tenha boa avaliação em atributos menos críticos para a assistência, mas não menos importante, como apoio ou infra-estrutura, com outro hospital que tenha boa

avaliação nos atributos que estão diretamente ligados a reprodução dos cuidados à saúde. Pela análise dos itens propostos pelo Ministério da Saúde, considerar que a indicação visual tenha o mesmo peso que o centro cirúrgico é inadequado.

A segunda questão de extrema importância é a inadequação dos parâmetros de avaliação propostos no instrumento, enquanto parâmetros para avaliação de uma rede hospitalar. Eles são mais adequados para medir apenas a estrutura física dos hospitais. Nessa linha de raciocínio, há a possibilidade de um hospital ser avaliado com o escore excelente para centro cirúrgico, pois sua estrutura e suporte tecnológico são bons, ao mesmo tempo em que apresenta altos índices de infecção hospitalar por deficiência ou inexistência de acompanhamento de processo nesse mesmo centro cirúrgico.

Visando identificar os critérios adotados pelo PNASH enquanto instrumento de avaliação específica, baseado no que Lembcke apud Rattner (1996), propôs como alguns pontos cardeais para a formulação de critérios que foram também aprofundados por Donabedian (1982), e com a intenção de reduzir a margem de subjetividade possível, destaca-se de forma imprecisa e incompleta o correspondente a:

- (i) objetividade, isto é, definição por escrito, com precisão e detalhe, para torná-los relativamente imunes a diferenças entre avaliadores;
- (ii) uniformidade, ou seja, devem ser aplicáveis independentemente de fatores como tamanho e localização do hospital, qualificações dos profissionais e status sócio-econômico do paciente; e
- (iii) especificidade, em termos de aplicação específica a um determinado ambiente ou procedimento.

Um adequado instrumento de avaliação que procura mensurar qualidade da assistência deve definir critérios e padrões para a incorporação de elementos, que, de certo modo, explicitem as características prioritárias dentro do

processo assistencial, estabelecendo uma validação através de hierarquização dos itens contemplados e levando em consideração as condições ou circunstâncias reais de execução das atividades do estabelecimento hospitalar em análise.

Finalmente, considerando os objetivos do instrumento de permitir, por parte dos gestores locais, intervenções dirigidas que orientem os objetivos, como: dimensionar as ações corretivas e de melhoria da qualidade segundo critérios de prioridade; estabelecer os padrões de qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços hospitalares; e unificar os parâmetros mínimos nacionais de avaliação pelos usuários e gestores, seria prematuro afirmar que o instrumento, tendo em vista os resultados alcançados, propicia a motivação necessária aos gestores em saúde como alternativa para enfrentamento das dificuldades diversas que fazem parte do gerenciamento e dos processos de decisão.

Neste sentido, para Novaes (2000), a avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada.

Afirma a autora que, na avaliação para a decisão, o objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante, se a escolha se fizer necessária, do que o cientificismo do conhecimento produzido.

É importante lembrar que, dentro da metodologia aplicada do PNASH, compete aos gestores locais a realização das corretivas, visando à melhoria da qualidade dos serviços cujos resultados e/ou recomendações da avaliação apontem esta necessidade. O destoante é que o programa não dispõe de mecanismos ou ferramental sistemáticos que viabilizem e possibilitem o cumprimento dos resultados da avaliação.

b) Crítica em sua proposta de avaliação geral:

A princípio, por centrar-se especificamente nas questões de infraestrutura, o PNASH possibilita uma visão parcial, não propiciando uma avaliação do hospital como um todo, e mesmo assim, não fornece informações de aspectos importantes como elementos de decisão para o gestor, como por exemplo, detalhamento em relação aos equipamentos como: condições de vida útil; nível de obsolescência; importância de prioridade nos procedimentos clínicos; e possibilidade de manutenção ou de substituição.

De acordo com Vuori (1991), a avaliação de estrutura parte do princípio de que a garantia de boas condições iniciais de funcionamento dos serviços de saúde possibilita processos apropriados e resultados favoráveis. Porém, se tal enfoque for usado isoladamente pode levar a conclusões enganosas, por não provar relações precisas entre estrutura e resultados.

Estudos que se baseiam somente nesse aspecto são insuficientes para avaliação da qualidade dos serviços, pois a relação com o resultado é indireta. Pensar que garantindo condições estruturais estará automaticamente garantindo melhor qualidade não é uma conclusão válida (Vuori, 1991).

Enquanto instrumento de avaliação, o PNASH reforça essa ênfase tendo a infra-estrutura como destaque central na busca da qualidade da assistência hospitalar. Entretanto, mesmo nesse modelo, são possíveis e relativamente fáceis de serem obtidas análises por cruzamento com variáveis de outros bancos de dados administrativos existentes, tais como SIH/DATASUS/MS; pelo uso de indicadores específicos; por grande grupo de atividade hospitalar, com identificação individual de hospitais, entre outros.

Um outro aspecto de extrema importância não levado em consideração pelo PNASH, diz respeito à contemplação dos chamados recursos alcançáveis, ou seja, a disponibilidade de determinados serviços existentes e de fácil acesso

aos hospitais como por exemplo: hemocentros, laboratórios, serviços de imagiologia. Apesar de não integrarem a mesma área física, esses recursos quando disponíveis, possuem condições de satisfazerem as necessidades dos serviços não apenas para um único hospital, mais para vários ao mesmo tempo.

Sendo essa condição não considerada pelo instrumento, ampliam-se as restrições para avaliar hospitais de portes muito diferentes, ou seja, hospitais maiores que habitualmente dispõe de melhores recursos tendem a levar vantagem em relação ao comprometimento dos menores. Deve-se, ainda, levar em consideração que nem sempre a obrigatoriedade da presença de recursos e de insumos no mesmo local físico é garantia de uma boa assistência à saúde, assim como uma peculiaridade própria, pois cerca de 65% dos hospitais brasileiros possuem menos de 70 leitos (Brasil(d), MS, 1998).

A expansão da rede de serviços observada nos últimos anos, principalmente pela descentralização do Sistema Único de Saúde, tem perpetuado a insistência de maiores investimentos na ampliação de área física e incorporação de tecnologia, desconsiderando a interligação de uma rede de recursos alcançáveis que contemple os serviços adstritos, ao mesmo tempo em que avança muito lentamente nos aspectos que dizem respeito à melhoria dos processos e resultados na busca pela qualidade da assistência.

Novamente Rattner (1996), na tentativa de validar o método de avaliação adotado para o estudo a que se propunha - *Uma estratégia de definição de indicadores para avaliar a qualidade do processo de assistência* - estabeleceu estágios, que podem se adequar ao processo avaliativo do PNASH, dentre os quais destacam-se:

- (i) *Classificação dos hospitais de acordo com número de indicadores com valores superiores.* Em Vuori (1980) se encontra a afirmação que muitas vezes o bom não se adequa ao ótimo e sugere que, no nível de um processo avaliativo individual, este seja considerado "bom" se mais de 80% dos critérios explicitados forem satisfeitos;

- (ii) *Validação através de um padrão.* Segundo Donabedian (1982), critérios ou padrões variam em validade, autoridade e vigor, podem ser implícitos ou explícitos e devem derivar de fundamentos cientificamente validados pelo conhecimento. Na medida em que integra o conjunto dos hospitais estudados, um hospital passa a ser o padrão deste processo de validação (padrão-ouro);

- (iii) *Validação através de hierarquização ("ranking").* Neste processo, deve-se levar em consideração as condições de semelhanças ou circunstâncias unidimensionais de execução das atividades (medida única).

As inadequações encontradas durante a análise global do instrumento de avaliação possibilitaram a inferência de conclusões factíveis com as características vigentes que reforçam a tradição do ato de avaliar no país, ser centrado na sua grande maioria em avaliação de estrutura e quantitativo de tecnologia disponível, sendo ainda de maneira incipiente à volta do olhar para a avaliação de impacto e resultados da assistência qualitativa propriamente dita.

Embora sirva mais como instrumento de avaliação individual da estrutura física para cada hospital, seria um contra-senso afirmar que o instrumento do PNASH se limita somente a isso, tendo em vista que um dos aspectos positivos está justamente no criar uma cultura avaliativa por parte dos gestores, ao mesmo tempo em que possibilita tomada de decisão e o implemento de ações corretivas, principalmente as que estão ao alcance das decisões locais e precisam de soluções imediatas.

4.2 – AVALIAÇÃO EMPÍRICA DO PNASH

A avaliação do instrumento do PNASH foi desenvolvida através dos dados coletados na Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Estado do Mato Grosso, buscando identificar se referido instrumento cumpre a sua finalidade, tendo em vista os seus objetivos de pesquisar de maneira sistematizada os serviços, os gestores e manter um canal permanente com o usuário para aferir a sua satisfação, bem como a obtenção de indicadores precisos que possibilitem a priorização das ações a serem implementadas, visando atingir, em curto prazo, padrões adequados de qualidade de assistência.

O Mato Grosso foi um dos três Estados a aplicar, em toda a sua rede hospitalar, o Pnash quando de sua primeira edição (1998), o que permite uma análise mais ampla do instrumento. Para fins desta dissertação, foram utilizados os dados de 119 hospitais da rede estadual pesquisados na primeira etapa. Como o levantamento de dados foi dividido em duas etapas (a primeira em 1998 e a segunda em 1999) optou-se por analisar apenas os dados levantados na primeira etapa, evitando qualquer viés decorrente dessa defasagem.

Para facilitar a análise e melhor entender os resultados e inferências sistematizadas pelo estudo, os dados coletados pelo questionário C1 do PNASH foram classificados em cinco grupos, conforme sua finalidade. Tais grupos são:

- 1) **Apoio** - *limpeza, roupa, alimentação e almoxarifado;*
- 2) **Infra-estrutura** - *indicações visuais, caixa d'água, geradores, sala de espera;*
- 3) **Qualidade de Processo** - *comissões de óbitos, de infecção e de prontuários;*
- 4) **Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia** - *patologia e serviço de sangue;*
- 5) **Assistência** - *equipamentos, prontuários, farmácia, centro cirúrgico e UTI.*

Além da descrição estatística, por meio de tabelas e quadros, que permitiram uma primeira aproximação, é importante lembrar que foram utilizadas duas técnicas distintas, com o objetivo de se dar algum sentido prático aos resultados obtidos pela avaliação do instrumento proposto pelo Ministério da Saúde do ponto de vista do gestor do sistema:

a) Análise não-paramétrica – realizada através do teste de Kruskal-Wallis, que permitiu classificar os hospitais por ordem de qualidade, com definição de grupos equivalentes. Essa análise permitiu, primeiramente, a construção de quatorze classes de ordem com os dados brutos do instrumento avaliado, e posteriormente, com a inclusão de pesos e indicadores, a construção de oito classes de ordem.

Essa classificação foi disponibilizada em três modalidades: a partir de escores brutos do PNASH; a utilização de uma escala de ponderação para os atributos analisados; e através de uma seleção de sete atributos escolhidos do instrumento mais quatro indicadores de qualidade da assistência. A introdução desses pesos e indicadores de assistência alterou os resultados, em sua grande maioria para melhor.

b) Análise de agrupamento – realizada através de Análise Fatorial de Correspondência Múltipla, Classificação Hierárquica e por Partição, que permitiu uma análise das características comuns entre os diversos hospitais, com construção de cinco grupos (**A, B, C, D, E**). Com a exclusão de dois atributos, foi possível a formação de apenas três grupos (**1, 2, 3**). Esses grupos refletiram as características comuns que os hospitais possuem e também permitiram uma avaliação qualitativa da estrutura dos serviços.

Deve-se ter claro que, com as análises estatísticas aplicadas, conseguiu-se obter um discernimento maior sobre a avaliação da rede hospitalar do Estado do Mato Grosso, ao mesmo tempo em que se possibilitou algumas conclusões que permitem tomadas de decisão por parte dos gestores e gerentes.

Porém, há detalhes significativos sobre diversos aspectos, dos quais o processo avaliativo apontou necessidades de aprimoramento para utilização do PNASH, dentre os quais se destacam as inexistências de pesos entre as variáveis levantadas e de parâmetros mínimos de comparação entre hospitais de diversos portes.

4.2.1 - Análise descritiva:

A coleta de dados apresentou duas composições distintas: a primeira formada pelo questionário da avaliação técnica - levantamento das condições de estrutura hospitalar, preenchido diretamente pelo avaliador quando da visita aos hospitais; e a segunda pelo questionário da avaliação de usuários - pesquisa da satisfação dos usuários com os serviços hospitalares, através de abordagem direta, dividida em três setores: ambulatório, emergência e internação.

Nesse tópico, procurou-se sistematizar e descrever de maneira objetiva os aspectos enfocados pela metodologia de avaliação proposta pelo PNASH, relativos aos componentes do questionário de avaliação técnica.

Em seguida, destacam-se os resultados encontrados tomando por base o Banco de Dados da SES/MT, a qual utilizou o PNASH no ano de 1998 e que contempla as avaliações técnicas das 119 unidades hospitalares pesquisadas. As estatísticas dos resultados estão condensadas em quadros e tabelas.

A tabela 01 apresenta a distribuição dos escores da avaliação alcançada para cada um dos atributos avaliados, mostrando a média e o desvio padrão calculado pelo aplicativo do banco de dados do PNASH. Verifica-se que os escores médios posicionaram-se entre “PÉSSIMO” (1,0) e “REGULAR” (3,0), sendo que os atributos Comissão de Prontuários e Comissão de Óbitos tiveram a

pior avaliação (1,02) e os atributos de Patologia Clínica e Prontuários Médicos a melhor avaliação (3,47).

Tabela 01 – Escores médios e desvio padrão da avaliação técnica para cada um dos atributos avaliados, nos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Atributos	Média (*)	Desvio Padrão
01. Equipamento	2,53	0,84
02. Limpeza	3,38	0,81
03. Roupa	3,35	0,96
04. Alimentação	2,46	0,89
05. Patologia clínica	3,47	1,33
06. Indicações visuais	2,70	1,28
07. Prontuários médicos	3,47	0,92
08. Comissão de óbitos	1,02	0,33
09. Comissão de prontuários	1,02	0,15
10. Comissão de infecção	1,61	0,93
11. Centro cirúrgico	2,82	0,89
12. UTI	1,17	0,52
13. Almojarifado	1,90	0,94
14. Farmácia	2,34	0,74
15. Água e cisterna	2,71	1,06
16. Geradores	2,33	1,18
17. Sala de espera	2,91	0,87
18. Serviço de sangue	2,00	1,48
Escore médio global com 18 atributos	2,40	0,90
Escore médio global com 16 atributos (**)	2,50	0,88

Obs: (*) atributos avaliados pela escala de pontuação estabelecida pelo PNASH.

(**) eliminação dos atributos UTI e Serviço de Sangue.

Quanto aos escores médios globais, procurou-se demonstrar a existência de alteração entre a composição com os 18 atributos originais e a composição somente com 16 atributos quando da exclusão da UTI e Serviço de Sangue. A intenção de tal análise é identificar se a exclusão dessas duas variáveis, tendo em vista o número de unidades pesquisadas que receberam conceito péssimo, implicaria numa diferenciação importante nos escores médios e no conceito final atribuído pelo PNASH. Nenhuma diferença significativa foi encontrada em relação aos valores médios globais de 2,40 e de 2,50 respectivamente, quando submetidos ao Teste de Mann-Whitney ($U = 154$; $U' = 118$; $p = 0,7391$).

Quadro 01 - Escores médios por número de hospitais de acordo com os conceitos e pontuação final do PNASH/MS, dos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Escores médios	Nº hospitais	%	Avaliação	Recomendação
3,6 a 3,7	01	18,5	Regular	Rever
3,4 a 3,5	01			
3,2 a 3,3	06			
3,0 a 3,1	14			
2,8 a 2,9	08	63,8	Ruim	Rever urgentemente
2,6 a 2,7	18			
2,4 a 2,5	20			
2,2 a 2,3	12			
2,0 a 2,1	18			
1,8 a 1,9	12	17,7	Péssimo	Atuar urgentemente
1,6 a 1,7	06			
1,5	03			
2,4	119	100	Ruim	#

No quadro 01, acima, estão apresentados os escores individuais e médios da avaliação técnica com todos os 18 atributos, concentrados em número de hospitais que alcançaram o determinado escore médio que estabeleceu o conceito final de avaliação. Cabe destacar que a unidade hospitalar com a melhor avaliação técnica individual foi a Sociedade Hospitalar São João de Poxoreo com escore médio de 3,56 e a unidade com pior desempenho individual foi o Hospital e Maternidade São Lucas de Tesouro com escore médio de 1,53.

Quadro 02 – Escalas do PNASH/MS de pontos, conceitos e recomendação.

Pontuação	Avaliação	Recomendações
5,0	Excelente	Manter
4,0	Bom	Melhorar
3,0	Regular	Rever
2,0	Ruim	Rever urgentemente
1,0	Péssimo	Atuar urgentemente

Para uma melhor compreensão desses resultados, relacionamos no quadro 02, acima, a escala utilizada pelo instrumento do PNASH que serve como pontuação dos escores médios e do conceito final obtido para cada hospital, bem

como direcionar as ações a serem desenvolvidas pelos gestores e gerentes das unidades.

Abaixo, a tabela 02 apresenta a distribuição das freqüências absolutas e relativas para cada um dos dezoito atributos em função dos conceitos recebidos tecnicamente. É importante perceber que estes percentuais estão fortemente influenciados pelos critérios do PNASH, não sendo necessariamente péssimos.

Tabela 02 – Freqüências absolutas e relativas das avaliações para os dezoito atributos pesquisados, nos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Atributos	Não resposta	péssimo	ruim	regular	bom	excelente	Total
Equipamento	1 0,8%	3 2,5%	68 57,1%	26 21,8%	21 17,6%		119 100,0%
Limpeza		2 1,7%	19 16,0%	33 27,7%	62 52,1%	3 2,5%	119 100,0%
Roupa		6 5,0%	22 18,5%	22 18,5%	62 52,1%	7 5,9%	119 100,0%
Alimentação	1 0,8%	5 4,2%	75 63,0%	16 13,4%	20 16,8%	2 1,7%	119 100,0%
Patologia	5 4,2%	13 10,9%	11 9,2%	24 20,2%	24 20,2%	42 35,3%	119 100,0%
Indicações Visuais		28 23,5%	22 18,5%	41 34,5%	14 11,8%	14 11,8%	119 100,0%
Prontuários		1 0,8%	23 19,3%	23 19,3%	63 52,9%	9 7,6%	119 100,0%
Comissão de Óbitos	1 0,8%	117 98,3%			1 0,8%		119 100,0%
Comissão de Prontuários	1 0,8%	116 97,5%	2 1,7%				119 100,0%
Comissão de Infecção	1 1%	68 57%	33 28%	12 10%	3 3%	2 2%	119 100%
Centro Cirúrgico	5 4,2%	7 5,9%	15 12,6%	76 63,9%	10 8,4%	6 5,0%	119 100,0%
UTI	86 72,3%	28 23,5%	1 0,8%	4 3,4%			119 100,0%
Almoxarifado	1 0,8%	56 47,1%	18 15,1%	42 35,3%	2 1,7%		119 100,0%
Farmácia	2 1,7%	15 12,6%	47 39,5%	51 42,9%	4 3,4%		119 100,0%
Caixa d'água	1 0,8%	12 10,1%	43 36,1%	29 24,4%	32 26,9%	2 1,7%	119 100,0%
Geradores	1 0,8%	37 31,1%	25 21,0%	38 31,9%	14 11,8%	4 3,4%	119 100,0%
Sala de Espera	2 1,7%	3 2,5%	26 21,8%	68 57,1%	13 10,9%	7 5,9%	119 100,0%
Serviço de Sangue	14 11,8%	74 62,2%	1 0,8%	7 5,9%	15 12,6%	8 6,7%	119 100,0%

Por exemplo, dos 28 hospitais com conceito péssimo em UTI's, existem apenas 15 hospitais com capacidade acima de 70 leitos, dos quais pelo menos 2 são especializados em psiquiatria. O restante diz respeito a hospitais com um número inferior a 70 leitos. Portanto, não está colocado de maneira clara e objetiva se de fato todos os 28 hospitais dispõem realmente de uma UTI instalada, ou se receberam o conceito pela ausência da mesma por terem sido considerados como unidades que necessitam de UTI.

Do mesmo modo, não é possível com os dados existentes, analisar corretamente as condições dos serviços de sangue existentes, pois hospitais com apenas unidades transfusionais não foram devidamente avaliados, sendo identificados como unidades que “não tem” o serviço. A grande maioria (62,2%) recebeu o conceito “péssimo”, ignorando as questões de recursos alcançáveis e do sistema estadual de coleta e distribuição através de Hemocentros. O instrumento considera muito mais importante a constatação da inexistência do serviço ou da não garantia da boa qualidade do sangue, do que a identificação da existência de serviços alcançáveis, o que é questionável.

Os resultados indicam uma situação preocupante do ponto de vista técnico, pois os melhores conceitos, como excelente e bom, aparecem de modo geral com frequência muito baixa, principalmente para aspectos relacionados diretamente a assistência como UTI e Serviço de Sangue, não porque os hospitais sejam necessariamente ruins, mas por não dispor desses serviços, ou ainda, por terem sido mal avaliados, pois a maior parte dos 33 hospitais que possui UTI (28), assim como também a maioria das 105 unidades que possuem de Serviço de Sangue (74), receberam conceito péssimo.

4.2.2 - Análise não-paramétrica:

Como as variáveis são categóricas é mais indicado realizar uma análise não-paramétrica. O teste de Kruskal-Wallis foi adotado para verificar as

relações entre as unidades avaliadas e possibilitar o estabelecimento de uma classificação ordinal dos hospitais. Para esse teste foram considerados os escores brutos do PNASH (com o mesmo peso na análise); a utilização de uma escala de ponderação por nós estabelecida para os atributos analisados (descrito no quadro 03); e através de uma seleção de sete atributos escolhidos do PNASH mais quatro indicadores de qualidade da assistência (descritos no quadro 04). O resultado do teste foi utilizado para fazer um ordenamento dos hospitais, do melhor para o pior.

A tabela 03 mostra que o teste de Kruskal-Wallis agrupou os 119 hospitais em 14 classes de ordem, indicando diferença de qualidade entre estes grupos, a partir da classificação dos escores atribuídos pela avaliação técnica. As diferenças entre classes são decorrentes – possivelmente - da adoção de pesos iguais para os aspectos da estrutura hospitalar identificados como atributos a serem avaliados que permitiu a formação de um número razoável de classes.

Tabela 03 – Classificação de ordem e percentuais dos escores brutos do PNASH de acordo com os resultados do teste de Kruskal-Wallis, dos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Ordem	Número de hospitais	Percentual
1º	02	1,68
2º	08	6,72
3º	05	4,20
4º	14	11,76
5º	09	7,56
6º	12	10,08
7º	17	14,29
8º	08	6,72
9º	09	7,56
10º	09	7,56
11º	10	8,40
12º	08	6,72
13º	05	4,20
14º	03	2,52
Total	119	100

Os resultados completos dessa distribuição de hospitais por classes, com identificação individual do hospital, natureza de gestão e município de procedência, estão disponíveis no anexo 01 (tabela 01-A).

Devido ao elevado percentual de unidades hospitalares pesquisadas com não resposta e/ou com conceito péssimo para os atributos UTI (84,8%) e Serviço de Sangue (70,5%), aplicou-se novamente o teste de Kruskal-Wallis com a finalidade de identificar alterações importantes considerando a classificação estabelecida com 18 e 16 atributos respectivamente. A tabela 04 contempla as duas situações analisadas.

Tabela 04 – Classificação de ordem e percentuais pelo número de atributos analisados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis, dos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Ordem	Com 18 atributos		Com 16 atributos	
	Nº de hospitais	Percentual	Nº de hospitais	Percentual
1º	02	1,68	03	2,52
2º	08	6,72	03	2,52
3º	05	4,20	14	11,76
4º	14	11,76	22	18,49
5º	09	7,56	18	15,12
6º	12	10,08	16	13,44
7º	17	14,29	04	3,36
8º	08	6,72	06	5,04
9º	09	7,56	03	2,52
10º	09	7,56	08	6,72
11º	10	8,40	04	3,36
12º	08	6,72	09	7,56
13º	05	4,20	05	4,20
14º	03	2,52	04	3,36
Total	119	100	119	100

Apesar de não ter sido encontrada qualquer diferença significativa em relação aos valores totais quando do somatório do Pnash para os escores médios globais, de 2.40 para 18 atributos e de 2.50 para 16 atributos, identificou-se, pela análise do Kruskal-Wallis, na classificação ordinal individual com apenas 16 atributos, que aumentou o número de hospitais nas classes melhor avaliadas.

Com a exclusão dos atributos (UTI e Serviço de Sangue) conseguiu-se diminuir, ainda que de maneira limitada, as distorções do instrumento de coleta.

Os resultados completos desta distribuição de hospitais por classes, com identificação individual do hospital, município de origem e número de variáveis, estão disponíveis no anexo 01 (tabela 02-A).

Com o propósito de estabelecer um comparativo entre os dados da avaliação técnica mostrados pelo PNASH e outras modalidades, para identificar se a inclusão ou exclusão de novos atributos interfere diretamente na ordem de classificação dos hospitais, foi estruturada a tabela 05, a qual contempla: **Pnash** = classificação com os escores brutos do PNASH; **Peso** = classificação pela escala com atribuição de pesos para cada atributo do PNASH; **Ind** = classificação pela seleção composta de sete (7) atributos selecionados do PNASH mais quatro (4) indicadores que avaliam a qualidade da assistência.

Tabela 05 - Classificação de ordem pelo teste de kruskal-Wallis, considerando escores brutos, atribuição de peso e indicadores, dos 103 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Ordem	Pnash		Peso		Ind	
	Nº hospital	%	Nº hospital	%	Nº hospital	%
1º	02	1,9	10	9,7	09	8,7
2º	07	6,7	17	16,6	14	13,7
3º	22	21,4	09	8,7	23	22,3
4º	18	17,4	23	22,3	25	24,3
5º	17	16,6	19	18,4	18	17,4
6º	17	16,6	21	20,4	11	10,7
7º	15	14,6	04	3,9	03	2,9
8º	05	4,8	-	-	-	-
Total	103	100	103	100	103	100

Na tabela 05, se estabeleceu uma classificação por ordem, de 103 dos 119 hospitais utilizados para a avaliação do instrumento PNASH. Trata-se de um exercício não propositivo, mais sim, um demonstrativo de como a inclusão de pesos ou de quaisquer indicadores clássicos de avaliação pode interferir de forma

importante na avaliação dos hospitais. A utilização de um número menor de hospitais (apenas 103, ao invés dos 119) foi obrigatória, haja vista que os dados secundários disponíveis no SIH/DATASUS/MS, só permitiram a construção dos indicadores para este número de hospitais.

Nesse caso, possivelmente pela adoção de pesos diferenciados para os aspectos de estrutura hospitalar pesquisado, possibilitou-se um melhor agrupamento pelas características comuns e uma menor dispersão dos atributos, reduzindo o número de classes de ordem.

Os resultados completos desta distribuição de hospitais por classes, com identificação individual do hospital, município de origem, escores brutos, pesos e indicadores, estão disponíveis no anexo 01 (tabela 03-A).

Quanto à escala de pesos atribuídos para cada atributo analisado, os valores foram estabelecidos pela importância do grupo de agregação dos atributos (apoio, infra-estrutura, qualidade do processo, sadt e assistência) no desencadear do processo de assistência, de acordo com o nosso entendimento, estando relacionadas no quadro 03.

Quadro 03 - Escala de pesos estabelecidos de acordo com a importância do atributo dentro de cada grupo a qual pertence.

Grupo	Atributos	Peso
apoio	limpeza, roupa, alimentação e almoxarifado.	1,0
infra-estrutura	indicação visual, caixa d'água, gerador de energia elétrica e sala de espera.	1,2
qualidade do processo	comissões de óbito, de infecção e de prontuários.	1,5
sadt	patologia clínica e serviço de sangue.	1,7
assistência	equipamentos, prontuários, farmácia, centro cirúrgico e UTI.	2,0

Em relação aos sete atributos do PNASH, foram selecionados: um do grupo de apoio; um do grupo de infra-estrutura; um do grupo de qualidade do processo; dois do grupo de sadt; e dois do grupo de assistência. Os quatros

indicadores de assistência foram elaborados através das informações de produção dos próprios hospitais, disponível no banco de dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH/DATASUS/MS).

A escolha foi aleatória, tanto para os sete atributos do PNASH como para os indicadores de assistência. Apesar das dificuldades na construção dos indicadores, mesmo assim, foi possibilitada uma definição de categorias equivalentes, que permitiu a formação de oito classes de ordem, diversamente das quatorze classes de ordem identificadas primeiramente na tabela 03, quando da classificação pelo mesmo teste de Kruskal Wallis somente com escores brutos do PNASH. Ambos os grupos de variáveis estão apresentados no quadro 04.

Quadro 04 – Relação dos sete atributos selecionados do PNASH e os quatro indicadores de assistência.

Grupo	Atributos	Indicadores
apoio	limpeza	taxa de permanência taxa de resolutividade taxa de especialidade nº de leitos por médico
infra-estrutura	caixa d'água	
qualidade do processo	comissão de infecção	
sadt	patologia clínica serviço de sangue	
assistência	equipamento centro cirúrgico	

Quanto aos indicadores, os mesmos foram elaborados da seguinte forma: taxa de permanência = número total de dias internados dividido pelo número total de internações no mesmo período; taxa de resolutividade = número de altas por cura + melhorado dividido pelo número total de altas no mesmo período; taxa de especialidade = número de médicos especialista dividido pelo número de médicos do hospital; número de leitos por médicos = número de leitos existentes dividido pelo número de médicos do hospital.

Pode-se observar que a introdução de pesos e dos indicadores de qualidade da assistência alterou os resultados, em sua grande maioria para melhor. É necessário ressaltar que a inexistência de ponderação para os atributos avaliados iguala um hospital com boa avaliação assistencial com outro que tenha

boa avaliação em atributos menos críticos para a prestação de serviços de saúde, como apoio ou infra-estrutura.

Assim, algumas dessas inconsistências como, por exemplo o atributo “indicações visuais” ser considerado tão importante quanto os atributos “centro cirúrgico”, “banco de sangue” ou “patologia” nos resultados indicados pelo PNASH, compromete sobremaneira uma melhor avaliação da qualidade dos serviços.

4.2.3 - Análise de agrupamento:

A técnica de análise de agrupamento, através da análise fatorial de correspondência múltipla e classificação hierárquica e de partição, permitiu uma análise das características comuns, com construção de grupos, entre os diversos hospitais pesquisados.

Essa análise permitiu a formação de cinco grupos distintos de hospitais, a partir de características associadas entre si e ao mesmo tempo diferenciadoras em relação aos demais. Os cinco grupos de hospitais foram denominados respectivamente de Grupo: **A - B - C - D - E**, ordenados e hierarquizados de acordo com a qualidade relativa dos hospitais (**B>C>A>E>D**).

A tabela 06 mostra os resultados da análise de agrupamento, relacionando os hospitais por ordem de classificação geral e dentro de cada um dos cinco grupos definidos (**B-C-A-E-D**), na análise com 18 atributos. A ordem observada apresenta uma aparente distorção relacionada com o fato da análise de agrupamento considerar as características mais peculiares de determinado grupo, agrupando alguns hospitais, por exemplo, pelo fato de serem estes os poucos com conceito excelente em uma variável em que os demais apresentaram conceitos ruim ou péssimo.

Tabela 06 – Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da análise de agrupamento – 18 atributos - Estado do Mato Grosso, 1998.

Grupo	Total Hospital	Nº Hospital	Ordem	%
B	05	02	1º	4,21
		01	2º	
		02	4º	
C	04	03	2º	3,36
		01	3º	
A	56	04	2º	47,06
		04	3º	
		12	4º	
		08	5º	
		10	6º	
		11	7º	
		05	8º	
		02	9º	
E	44	02	6º	36,97
		04	7º	
		03	8º	
		07	9º	
		08	10º	
		10	11º	
		07	12º	
		02	13º	
		01	14º	
D	10	01	5º	8,40
		02	7º	
		01	10º	
		01	12º	
		03	13º	
		02	14º	
Total	119	119	1 a 14	100

A tabela 07 mostra os resultados da análise de agrupamento, relacionando os hospitais por ordem de classificação geral e dentro de cada um dos três grupos definidos (2-1-3), na análise com 16 atributos. Aqui também, a ordem observada apresenta uma aparente distorção relacionada com o fato da análise de agrupamento considerar as características mais peculiares de determinado grupo, ou seja, agrupa os hospitais pelo fato de serem estes os mesmos com conceito excelente em um atributo em que os demais apresentam conceitos ruim ou péssimo.

Tabela 07 – Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da Análise de Agrupamento – 16 atributos - Estado do Mato Grosso, 1998.

Grupo	Total Hospital	Nº Hospital	Ordem	%
2	09	03	1º	7,56
		02	2º	
		03	3º	
		01	4º	
1	59	01	2º	49,58
		11	3º	
		21	4º	
		14	5º	
		11	6º	
		01	7º	
3	51	04	5º	42,86
		05	6º	
		03	7º	
		06	8º	
		03	9º	
		08	10º	
		04	11º	
		09	12º	
		05	13º	
		04	14º	
Total	119	119	1 a 14	100

Os resultados completos dessas distribuições de hospitais por classes, com identificação individual do hospital, município de origem, natureza, grupo e classificação de ordem, estão disponíveis no anexo 01 (tabela 04-A e tabela 05-A).

a) A caracterização dos grupos de hospitais com 18 atributos:

Na tabela 08, estão identificados os atributos formadores de cada um dos grupos, o peso de contribuição de cada atributo (através do V-test) e os percentuais de composição de classes.

Tabela 08 – Caracterização dos grupos de hospitais, de acordo com os atributos formadores e seu peso na formação de 05 grupos - Estado do Mato Grosso, 1998.

V.test	Porcentagens			Modalites		Iden	Poids
	cla/mod	mod/cla	global	categoria	atributo		
			47.06	CLASSE	1 / 5	GRUPO A	56
6.59	75.81	83.93	52.10	4	limpeza	lim4	62
5.38	70.97	78.57	52.10	4	roupa	rou4	62
3.78	71.43	53.57	35.29	5	patologia	pat5	42
3.66	63.49	71.43	52.94	4	prontuários	pro4	63
3.53	92.86	23.21	11.76	4	indvisual	ind4	14
3.42	71.05	48.21	31.93	3	geradores	ger3	38
3.39	59.21	80.36	63.87	3	cent/cirúrgico	cen3	76
3.38	69.05	51.79	35.29	3	almoxarifado	alm3	42
2.87	85.71	21.43	11.76	5	indvisual	ind5	14
2.80	58.82	71.43	57.14	3	salaespera	sal3	68
2.79	62.75	57.14	42.86	3	farmácia	far3	51
2.74	76.19	28.57	17.65	4	equipamento	equ4	21
2.52	68.97	35.71	24.37	3	água/cisterna	águ3	29
			4.20	CLASSE	2 / 5	GRUPO B	5
3.97	100.00	60.00	2.52	5	limpeza	lim5	3
3.79	44.44	80.00	7.56	5	prontuários	pro5	9
3.19	50.00	60.00	5.04	5	cent/cirúrgico	cen5	6
3.03	42.86	60.00	5.88	5	salaespera	sal5	7
2.71	19.05	80.00	17.65	4	equipamento	equ4	21
			3.36	CLASSE	3 / 5	GRUPO C	4
3.85	75.00	75.00	3.36	5	geradores	ger5	4
2.80	66.67	50.00	2.52	4	com. infecção	com4	3
2.58	50.00	50.00	3.36	4	farmácia	far4	4
			8.40	CLASSE	4 / 5	GRUPO D	10
5.29	100.00	60.00	5.04	1	roupa	rou1	6
4.49	42.11	80.00	15.97	2	limpeza	lim2	19
3.66	80.00	40.00	4.20	1	alimenta	ali1	5
2.49	36.36	40.00	9.24	2	patologia	pat2	11
			36.97	CLASSE	5 / 5	GRUPO E	44
5.92	85.71	54.55	23.53	1	indvisual	ind1	28
4.55	81.82	40.91	18.49	2	roupa	rou2	22
4.50	54.41	84.09	57.14	2	equipamento	equ2	68
3.99	50.67	86.36	63.03	2	alimenta	ali2	75
3.91	66.67	50.00	27.73	3	limpeza	lim3	33
3.80	72.00	40.91	21.01	2	geradores	ger2	25
3.56	72.73	36.36	18.49	3	roupa	rou3	22
3.32	69.57	36.36	19.33	2	prontuários	pro2	23
3.16	83.33	22.73	10.08	1	água/cisterna	águ1	12
3.12	65.38	38.64	21.85	2	salaespera	sal2	26
2.79	73.33	25.00	12.61	2	cent/cirúrgico	cen2	15
2.76	53.19	56.82	39.50	2	farmacia	far2	47
2.63	62.50	34.09	20.17	3	patologia	pat3	24
2.53	66.67	27.27	15.13	2	almoxarifado	alm2	18
2.47	47.06	72.73	57.14	1	com. infecção	com1	68
2.44	45.95	77.27	62.18	1	sangue	san1	74

CLA/MOD: % dos bons nesta classe / **MOD/CLA:** % na classe que é bom / **GLOBAL:** % dos hospitais que são bons

Como exemplo, o grupo B se caracteriza por apresentar limpeza, prontuários, centro cirúrgico e sala de espera excelente. O Valor do teste (*V-test*) indica peso maior dos dois primeiros atributos. Este grupo detém 100% de conceito excelente para o atributo limpeza, o que equivale a 2,83% de todos os conceitos excelentes atribuídos aos 119 hospitais, indicando que na avaliação global da rede hospitalar, há apenas 2,52% dos hospitais com conceito excelente neste aspecto.

O detalhamento da tabela 08 indica a descrição dos atributos que caracterizou cada agrupamento e suas respectivas contribuições para a conformação dos grupos. Esta tabela demonstra o ordenamento e concentração que cada grupo alcançou em função do conceito obtido por atributo pesquisado:

Grupo B:

O melhor grupo com 5 hospitais ou 4,20% do total. A variância (*V-test*) é praticamente inexistente neste grupo, o que significa pouca dispersão entre os atributos considerados para a formação do grupo. Os atributos de atração mais importantes para a constituição do grupo são limpeza e prontuários excelentes;

Grupo C:

O segundo melhor grupo com 4 hospitais ou 3,36% do total. A variância (*V-test*) nesse grupo também é praticamente inexistente. O atributo de atração mais importante para a constituição deste grupo é a avaliação dos geradores, considerados excelentes;

Grupo A:

É o grupo intermediário/regular com 56 hospitais ou 47,06% do total. Nesse grupo a variância (*V-test*) é muito grande, o que mostra atributos muito dispersos. Os atributos de atração mais importantes para a constituição desse grupo são limpeza e roupa boas e patologia excelente;

Grupo E:

É o grupo ruim com 44 hospitais ou 36,97% do total. A variância do (V-test) é muito grande, o que demonstra atributos muito dispersos. Os atributos de atração deste grupo são a indicação visual péssima, roupa e equipamentos ruins;

Grupo D:

É o pior grupo com 10 hospitais ou 8,40% do total. A variância do (V-test) é relativamente grande, o que demonstra atributos muito dispersos. Os atributos de atração para este grupo são roupa péssima e a limpeza ruim.

Pode-se observar que a constatação da existência de correlação entre a ordem dos hospitais e o grupo ao qual cada um deles pertence não excluiu certas distorções como a observada com os hospitais agrupados no grupo B (o de melhor perfil geral), que tem alguns de seus membros na 4ª posição na ordem de classificação geral.

Do mesmo modo, alguns hospitais do grupo A (intermediário/regular), conseguiram a 2ª posição na classificação. Essa atração está relacionada com o maior percentual de conceitos bom/excelente estar concentrado na classe modal encontrada, aglutinados pela variável ou variáveis mais fortes de cada grupo, de acordo com o apresentado na tabela 08.

A distribuição da freqüência de conceitos com que cada atributo analisado aparece nos respectivos grupos formados, mostra que apesar da presença de alguns conceitos *excelentes*, a grande maioria dos conceitos atribuídos foram de *regular* para baixo, o que mostra que nenhum hospital conseguiu receber conceito *bom* ou melhor em todos os aspectos analisados, nem conseguiu uma conceituação que fosse sintetizada como “*bom*” em média.

No quadro 05, estão juntamente as categorias de atributos que caracterizaram a formação dos grupos. Resultados detalhados estão no anexo 01 (quadro 01-A).

Quadro 05: Categorias de atributos que caracterizam os aspectos de avaliação técnica para a formação de 05 grupos.

Grupo	Categorias de atributos
B	Situação excelente para limpeza, prontuários, centro cirúrgico, sala de espera. Situação boa para equipamento.
C	Situação excelente para gerador. Situação boa para comissão de infecção e farmácia.
A	Situação excelente de patologia e indicação visual. Situação boa de equipamento, limpeza, prontuários e roupas. Situação regular de água, almoxarifado, centro cirúrgico, farmácia, gerador e sala de espera.
E	Situação péssima para água, comissão de infecção, indicação visual, sangue. Situação ruim para alimentação, almoxarifado, centro cirúrgico, equipamento, farmácia, gerador, prontuário, roupa, sala de espera. Situação regular para limpeza, patologia, roupa.
D	Situação péssima para roupa e alimentação. Situação ruim para limpeza e patologia.

b) A caracterização dos grupos de hospitais com 16 atributos:

Na tabela 09, estão identificados os atributos formadores de cada um dos grupos, o peso de contribuição de cada atributo (através do V-test) e os percentuais de composição de classes.

A análise da tabela indica a descrição dos atributos que caracterizou cada agrupamento e suas respectivas contribuições para a conformação dos grupos considerando apenas 3 grupos, com a exclusão dos atributos UTI e Serviço de Sangue, devido ao percentual de unidades hospitalares com não resposta (72,3% e 11,8% respectivamente) e com elevado conceito péssimo para os dois atributos (84,8% e 70,5% respectivamente). Outro fator, diz respeito ao instrumento não considerar a existência do atributo como recurso alcançável, no caso específico do Serviço de Sangue.

Tabela 09 – Caracterização dos grupos de hospitais, de acordo com os atributos formadores e seu peso na formação de 03 grupos - Estado do Mato Grosso, 1998.

V.test	Porcentagens			Modalites		Iden	Poids
	cla/mod	mod/cla	global	categoria	atributo		
			49.58	CLASSE	1 / 3	GRUPO 1	59
6.74	79.03	83.05	52.10	4	limpeza	lim4	62
4.76	70.97	74.58	52.10	4	roupa	rou4	62
3.81	66.67	71.19	52.94	4	prontuários	pro4	63
3.80	63.16	81.36	63.87	3	c.cirúrgico	cen3	76
3.76	73.81	52.54	35.29	3	almoxarifado	alm3	42
3.36	71.43	50.85	35.29	5	patologia	pat5	42
3.33	92.86	22.03	11.76	4	indvisual	ind4	14
3.09	75.86	37.29	24.37	3	água/cisterna	águ3	29
3.04	71.05	45.76	31.93	3	geradores	ger3	38
2.69	64.71	55.93	42.86	3	farmácia	far3	51
2.67	85.71	20.34	11.76	5	indvisual	ind5	14
2.67	85.71	20.34	11.76	4	geradores	ger4	14
2.52	60.29	69.49	57.14	3	salaespera	sal3	68
2.48	76.19	27.12	17.65	4	equipamento	equ4	21
			7.56	CLASSE	2 / 3	GRUPO 2	9
4.46	83.33	55.56	5.04	5	c.cirúrgico	cen5	6
4.16	100.00	44.44	3.36	5	geradores	ger5	4
3.78	55.56	55.56	7.56	5	prontuários	pro5	9
3.43	100.00	33.33	2.52	5	limpeza	lim5	3
2.39	23.81	55.56	17.65	4	equipamento	equ4	21
2.36	42.86	33.33	5.88	5	salaespera	sal5	7
			42.86	CLASSE	3 / 3	GRUPO 3	51
6.68	96.43	52.94	23.53	1	indvisual	ind1	28
4.96	90.91	39.22	18.49	2	roupa	rou2	22
4.94	94.74	35.29	15.97	2	limpeza	lim2	19
4.34	60.29	80.39	57.14	2	equipamento	equ2	68
4.09	93.33	27.45	12.61	2	c.cirúrgico	cen2	15
4.03	80.00	39.22	21.01	2	geradores	ger2	25
3.77	76.92	39.22	21.85	2	salaespera	sal2	26
3.61	78.26	35.29	19.33	2	prontuários	pro2	23
3.55	83.33	29.41	15.13	2	almoxarifado	alm2	18
3.38	91.67	21.57	10.08	1	água/cisterna	águ1	12
3.04	66.67	43.14	27.73	3	limpeza	lim3	33
2.87	70.83	33.33	20.17	3	patologia	pat3	24
2.86	53.33	78.43	63.03	2	alimentação	ali2	75
2.79	59.57	54.90	39.50	2	farmácia	far2	47
2.78	54.41	72.55	57.14	1	com.infecção	com1	68
2.42	68.18	29.41	18.49	3	roupa	rou3	22
2.34	76.92	19.61	10.92	1	patologia	pat1	13

CLA/MOD: % dos bons nesta classe

MOD/CLA: % na classe que é bom

GLOBAL: % dos hospitais que são bons

Esta tabela mostra a concentração que cada grupo alcançou em função do conceito obtido nos 16 atributos pesquisados. Como era esperada, a redução do número de atributos possibilitou um melhor ordenamento com um menor número de grupos, conseqüentemente, aumentando o número de hospitais nos grupos melhor avaliados e melhorando a classificação de alguns hospitais individualmente.

Grupo 2:

O melhor grupo, agora conta com 9 hospitais ou 7,56% do total. A variância (V-test) é pequena neste, o que significa pequena dispersão entre os atributos considerados para a formação do grupo. O aumento no número de hospitais do melhor grupo, em mais 3,36% (passando de 4,20% para 7,56% do total de hospitais), diz respeito à incorporação do **Grupo C** anterior (2º melhor grupo com 18 variáveis) ao **Grupo B**, demonstrando que a exclusão dos atributos UTI e Serviço de Sangue, contribuíram de maneira importante para mudança da situação anterior. Os atributos de atração mais importantes para a constituição desse grupo foram centro cirúrgico, gerador e prontuários excelentes.

Grupo 1:

Permaneceu caracterizado como um grupo intermediário/regular com 59 hospitais ou 49,58% da rede hospitalar. Neste grupo a variância (V-test) é muito grande, o que mostra atributos muito dispersas. O percentual de hospitais que conseguiram passar para esse grupo foi de apenas 2,52%, ou seja, apenas 03 hospitais saíram de uma situação abaixo de regular para este grupo. Os atributos de atração mais importantes para a constituição deste grupo foram limpeza e roupa boas.

Grupo 3:

Considerado abaixo de regular, com 51 hospitais ou 42,86% do total de hospitais pesquisados. A variância (V-test) neste grupo também é grande. Dos 54 hospitais (soma dos **Grupos E+D** do teste anterior) que na primeira análise se

encontravam nos grupos péssimo e ruim, permaneceram neste grupo 51 hospitais, sem os 3 hospitais que passaram para o grupo intermediário/regular. Os atributos de atração mais importantes para a constituição deste grupo foram indicação visual péssima e roupa, limpeza, equipamento, centro cirúrgico e geradores considerados ruins.

No quadro 06, estão juntamente as categorias de atributos que caracterizaram a formação dos grupos.

Quadro 06: Categorias de atributos que caracterizaram os aspectos de avaliação técnica para a formação de 03 grupos.

Grupo	Categorias de atributos
2	Situação excelente para centro cirúrgico, gerador, prontuários, limpeza e sala de espera. Situação boa para equipamento.
1	Situação regular de centro cirúrgico, almoxarifado, água, gerador, farmácia e sala de espera. Situação boa de limpeza, roupas, prontuários, gerador e equipamento. Situação excelente de patologia e indicação visual.
3	Situação péssima para indicação visual, água, comissão de infecção e patologia. Situação ruim para roupa, limpeza, equipamento, centro cirúrgico, gerador, sala de espera, prontuário, almoxarifado, alimentação e farmácia. Situação regular para limpeza, patologia, roupa.

De acordo com o quadro 07, na utilização dos 18 atributos foram formados cinco grupos **(B-C-A-E-D)** e com 16 atributos apenas três grupos **(2-1-3)**, mostrando o agrupamento dos dois melhores grupos B+C anteriores num único grupo 2, totalizando nove hospitais. O grupo 1 permaneceu com os 56 hospitais anteriores do grupo A, acrescido de mais três hospitais que saíram do grupo E. Os demais grupos E+D – os piores avaliados – permaneceram agrupados formando o grupo 3.

Quadro 07 - Distribuição dos hospitais por grupo de classificação e percentual de acordo com o número de atributos - Estado do Mato Grosso, 1998.

Com 18 atributos			Com 16 atributos		
Grupo	Nº Hospital	%	%	Nº Hospital	Grupo
B	05	4,21	7,56	09	2
C	04	3,36			
A	56	47,06	49,58	59	1
E	44	36,97	42,86	51	3
D	10	8,40			
Total	119	100	100	119	Total

Assim, como demonstrado, a análise de agrupamento com a classificação dos hospitais quando da constituição de cinco grupos (com 18 atributos) ou quando da redução para três grupos (com 16 atributos), comprova que a existência de atributo sem critérios objetivos ou dúbios contemplados como item de resposta, dificulta a interpretação do avaliador em questão, quando da aplicação do instrumento, comprometendo sobremaneira o resultado da avaliação.

Após a análise de agrupamento, foi realizado um teste de Kruskal-Wallis individualizado por grupo, não sendo encontrada nenhuma diferença significativa do ponto de vista estatístico, o que significa que a divisão em três grupos mostrou uma equivalência grande entre os elementos de cada grupo, sendo o valor de $T = 2,69$ e de $P = 0,9521$.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se avaliar significa emitir juízo de valor, implica em fazer um julgamento, comparando aquilo que se deseja avaliar com uma situação ideal ou formalizada através das regras do jogo de qual a situação possível no contexto, nada mais correto de que o ferramental e métodos que serão utilizados para essa comparação estejam adequados ao que o momento requer. A definição clara dos objetivos e do que se pretende alcançar, por si só corresponde a meio caminho andado, que juntamente com as intenções de quem e para quem está se avaliando, perfazem o objeto do processo avaliativo.

Um dos fatores a ser levado em consideração num processo de avaliação está relacionado com a obtenção de semelhanças entre os elementos a serem observados. Todo o processo de avaliação com o objetivo de “rankear” (ponho o grifo) os elementos envolvidos, só se torna possível se comparados a uma mesma similaridade técnica ou produtiva e que responda a uma única pergunta. Para se comparar alguma coisa com outra, a medida de comparação tem que ser unidimensional, precisa ser única e passível de comparação.

Assim, devem ser consideradas as definições a respeito dos hospitais e de suas categorizações, tais como: geral ou especializado; públicos ou privados; de alta ou baixa complexidade; qual o tamanho; com fins lucrativos ou não declarados em seus objetivos institucionais; abertos a toda comunidade de sua área de influência ou não.

Para um adequado sistema de avaliação, visando dispor de informações e elementos necessários à medida do desempenho e da análise da qualidade da assistência hospitalar, a simples existência e a universalização do acesso aos serviços disponíveis não são por si só suficientes. Nem tampouco a utilização de dados que contenham informações com características parciais, nivelando atributos diferenciados com o mesmo grau de importância entre eles.

Afinal, segundo a Teoria Sistêmica, a constituição de um sistema implica numa interação entre os vários componentes de uma realidade que deverá ser compreendido por ele. Busca-se, através do sistema, a recomposição de um todo, que só será possível mediante o conhecimento e o entendimento entre as partes que o compõe.

O aprofundamento dos questionamentos acerca do que realmente se quer avaliar no hospital, bem como a resposta às necessidades de desempenho e da qualidade dessa atenção, reforçam a necessidade de instrumentos de avaliação específicos e sistemáticos para a rede hospitalar no Brasil, que através de elementos determinados e padronizados, possibilite um monitoramento permanente e forneça indicadores para a tomada de decisão e intervenções.

De uso contínuo, deve ser um ferramental rotineiro no gerenciamento dos serviços, não submetidos ao emprego apenas quando determinado por normas ou portarias subentendidas pela possibilidade de retorno financeiro ou do reconhecimento pelo Estado. Deve tornar-se um hábito, assim como o planejamento das atividades e a sua execução.

A partir dessas considerações e das constatações encontradas, julgou-se que o instrumento do PNASH:

1. como formulado, está avaliando a estrutura física e o aparato tecnológico disponível e não a assistência diretamente, tendendo a ser mais adequado aos hospitais de grande porte e alta densidade tecnológica, o que não corresponde à realidade da maioria da rede hospitalar brasileira.
2. embora sirva como instrumento de avaliação individual da estrutura física para cada hospital, possibilitando ao gestor a tomada de decisão e ações corretivas imediatas, em casos como adequações de cisternas, de geradores de energia, de distribuição de materiais e de medicamentos, ele não serve para estabelecer um ranking dos hospitais de uma rede, pois não

considera as semelhanças necessárias para que os hospitais possam ser comparados entre si. Enfim, sem semelhanças entre os elementos ficam ainda mais evidentes as deficiências e limitações do PNASH.

3. é um instrumento que precisa ser melhorado em vários aspectos, ou deve ser descartado como único instrumento de avaliação da rede hospitalar de um sistema de complexidade tão variável, ainda não hierarquizado e com condutas não-padronizadas. É inadequado para se fazer uma análise global de rede ou sistema de atenção hospitalar, pois não serve para comparar todos os hospitais de uma rede, desconsiderando as diferenças de porte, especialidade e complexidade;
4. essas modificações dizem respeito, principalmente, a ponderação dos itens, aos critérios adotados para os parâmetros de avaliação e a necessidade de incorporação de variáveis que reflitam a qualidade da assistência.
5. como aspecto positivo, além de possibilitar ao gestor tomada de decisão e ações corretivas imediatas, deve-se levar em consideração, o fato de procurar criar uma cultura avaliativa por parte dos gerentes e gestores dos estabelecimentos hospitalares.

A partir de uma discussão detalhada, deve-se buscar a composição de um modelo de avaliação mais consistente e que seja uma ferramenta prática e precisa para o gestor, dando ênfase às áreas de interesse específicas, o que seria ideal e aceitável para cada tipo de hospital geral, especializado ou de referência.

As pesquisas devem voltar-se para o delineamento de um modelo de avaliação que reorienta a organização das atividades e o estabelecimento de fluxos de forma sistemática e que leve a um contínuo monitoramento da

regularidade dos procedimentos técnicos e administrativos, possibilitando a identificação precoce de problemas, a implementação imediata de corretivos e o acompanhamento do grau de correção e intervenção.

Destaque-se, por outro lado, que as atuais pesquisas e trabalhos neste campo mostram uma perspectiva otimista em relação ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação que apoiem e subsidiem as decisões dos gestores de saúde, nos três níveis de gestão, identificando as prioridades de intervenção e os métodos de acompanhamento do processo, bem como um desafio à construção de novas metodologias, visando a melhoria contínua e efetiva do Sistema Único de Saúde.

Finalmente, por ser o PNASH um instrumento com sérias limitações e que precisa ser melhorado em diversos aspectos, fica evidente a sua inadequação para ser utilizado como único instrumento de avaliação de uma rede hospitalar de complexidade tão variável. Neste sentido, recomenda-se que as instituições governamentais do setor saúde, não desconsiderem como indicativo o ferramental de pesquisas recentes na área de avaliação em saúde, que, principalmente nos últimos cinco anos, vêm sendo realizadas através dos cursos de pós-graduação das universidades brasileiras.

Mesmo neste modelo aqui avaliado, é perfeitamente possível incluir modificações e adaptações que contemplem na sua diversidade, aspectos relativos não somente a um diagnóstico simplificado de infra-estrutura, como também, além de incluir elementos que possibilitem a avaliação de processo e de resultados, comprove os impactos positivos alcançados pelo sistema público de atenção à saúde. Mais do que mostrar o que é este sistema, precisa-se provar a toda sociedade do que ele é definitivamente capaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO.** *Uso e Disseminação de Informações em Saúde.* Relatório Final. Brasília: agosto de 1994.
- AZEVEDO, AC de.** *Avaliação de desempenho de serviços de saúde.* Revista Saúde Pública. São Paulo: 1991, 25:64-71.
- BITTAR, O. J. N. V.** *Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde.* Revista Associação Médica Brasileira. v.45 n.4 São Paulo set./dez. 1999
- BRASIL(a),** Ministério da Saúde. *Manual do Sistema de Informação Hospitalar.* Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1996. (mimeografado)
- BRASIL(b),** Ministério da Saúde. *PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.* Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. 1998.
- BRASIL(c),** Ministério da Saúde. *PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.* Portaria GM/MS nº 3.408 de 05/08/1998. Brasília.
- BRASIL(d),** Ministério da Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.* Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília. 1998.
- BRASIL,** CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação. *Manual. Acreditação: um novo conceito de qualidade em saúde.* Academia Nacional de Medicina - Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Fundação Cesgranrio - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2000.
- CAMPOS, G. W. S.** *Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário.* Cadernos de Saúde Pública v.14 n.1, Rio de Janeiro, jan/mar1998.
- CAMPOS, H.** *Estatística experimental não-paramétrica.* 4ª edição, EDUSP-ESALQ, Piracicaba, 1983.
- CHAVES, M.M.** *Saúde e sistemas.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1980.
- CARVALHO, G. & ROSENBERG, C. P. & BURALLI, K, O,** *Avaliação de ações e serviços de saúde.* O Mundo da Saúde – São Paulo, ano 24, 2000. pg. 72 – 88.
- CHEN, L. H.** *Theory Driven Evaluations.* Beverly Hills: Sage, 1990.
- COHEN, E. & FRANCO, R.** *Avaliação de Projetos Sociais.* Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 1993.

- CONTANDRIOPOULOS, A.P, et al.** *A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e Métodos.* In: **HARTZ, Z. M. A .** *Avaliação em Saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997.
- CRIVISQUI, E. & BATISTA, C.** *Análise Fatorial de Correspondências Múltiplas.* In: **Horber, E. & Ladiray, D.** *Programme de Recherche et d'Enseignement en Statistique Appliquée.* Manual do I Ciclo de Capacitação em Métodos Estatísticos Multivariados. Florianópolis: UFSC, 1997.
- CRIVISQUI, E.** *Métodos de Classificação.* In: **Horber, E. & Ladiray, D.** *Programme de Recherche et d'Enseignement en Statistique Appliquée.* Manual do I Ciclo de Capacitação em Métodos Estatísticos Multivariados. Florianópolis: UFSC, 1997.
- DEMO, P.** *Avaliação Qualitativa.* São Paulo: Cortez, Coleção Polêmicas de Nosso Tempo, v.25. 1991.
- DESLANDES, S. F.** *Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde.* Cadernos Saúde Pública v.13 n.1 Rio de Janeiro. jan./mar. 1997
- DONABEDIAN, A .** *The quality of Medical Care.* Science, 200, 1978, pp856-864.
- DONABEDIAN, A .** *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I).* Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.
- DONABEDIAN, A.** *Explorations in Quality Assessment and Monitoring - Vol I: The definitions of Quality and Approaches to its Assessment; Vol. II: The Criteria and Standards of Quality.* Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.
- DONABEDIAN, A.,** *The methods and findings of quality assessment and monitoring: na illustrated analysis.* Michigan: Health Administration Press. 1985. 3v.
- DONABEDIAN, A.,** *The quality of care - how can it be assessed?* Journal of the American Medical Association, 1988. 260:1.743-1.748.
- DONABEDIAN, A.,** *The role of outcomes in quality assessment and assurance.* Quality Review Bulletin, 18: 356-360. 1992.
- FALEIROS, V. de P.** *A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais.* 7ª edição, São Paulo: Cortez, 1995.
- FAPEU,** Projeto nº 301/99. *Avaliação do Desempenho dos Programas e Serviços Assistenciais do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso. Relatório Final.* Convênio FAPEU / Secretaria de Saúde Mato Grosso, Florianópolis, 2000.
- FIOCRUZ.** *Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância.* Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UNB, 1998.

- GAUTHIER, P.H., et al.** *Controle de gestão hospitalar / Hospital management control*. São Paulo: CEDAS, 1998.
- GUBA, L. G. & LINCOLN, Y. S.** *louth Generation Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1990.
- HARTZ, Z.M.A.** *Avaliação em Saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- HARTZ, Z.M.A. & POUVOURVILLE, G. de.** *Avaliação dos Programas de Saúde: a eficiência em questão. Ciência & Saúde Coletiva III*. RJ, 1998.
- KLOETZEL K., et al.** *Controle de qualidade em atenção primária à saúde: A satisfação do usuário*. Cadernos de Saúde Pública v.14 n.3, Rio de Janeiro, jul./set. 1998.
- MALIK, A.M, e SCHIESARI, L.M.C..** *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. Volume 3, São Paulo: FSP/USP, 1998.
- MARTINS, M., TRAVASSOS, C. e NORONHA, J. C. de.** *Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho*. Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, 2000.
- MEZOMO, J. C.** *Qualidade na relação hospital-paciente*. Hosp. Adm. Saúde, 17 (1):17-21, 1993.
- MINAYO, M.C.S.** *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- MORAES, I. H. S.** *Sistema de informações em saúde: Reflexões sobre sua prática fragmentada*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1991.
- NASCHOLD, F.** *Democracia e complexidade. In: Análise de sistemas, tecnocracia e democracia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1974, p 76.
- NOGUEIRA, R.P.** *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.
- NOVAES, H. M. D.** *Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa*. Cad. Saúde Pública, vol.12, Rio de Janeiro. 1996.
- NOVAES, H. M. D.** *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde*. Rev. Saúde Pública, vol.34 nº 5. Outubro/2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE IOMS.** *Economia Aplicada a la Sanidad*. OMS. Cadernos de Saúde Pública, 64. Genebra, 1976, 53 p.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE IOMS.** *Evaluación organizacion de servicios de salud para la atencion primaria Materno Infantil*.

Washington: OPAS/OMS (Programas de Salud Materno Infantil, HPD/HPM y Prestacion de Servicios de Salud, HSI/HSC. (Fascículo I). 1985.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE IOMS. *Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología.* OPS. Publicación Científica, 1992, n.534.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE OPAS IOMS. *Informações, Controle e Avaliação do Atendimento Hospitalar no SUS.* Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Brasília, nº14,1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE IOMS. *Análisis de la situación de los hospitales públicos en América Latina.* Washington, D.C. OPS: PALTEX Série Silos nº 13. 1995.

PAGANI, J. M. e NOVAES, H. M.: *In: La garantía de la calidad: Acreditación de Hospitales em América Latina y Caribe.* Washington, D.C. OPS: 1992. PALTEX Série Silos nº 13.

PAIM, J. S. *A reorganização das práticas em Distritos Sanitários. In: Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.* (E.V. Mendes, org.), p187-220, São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

RAMOS, R. *O problema da avaliação em Saúde Pública.* Revista Saúde Pública, nº 8, 1974. pg. 305-314.

RATTNER, D. *A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta.* Cadernos Saúde Pública v.12 s.2, Rio de Janeiro, 1996.

ROONEY AL, e VAN OSTENBERG P. R. *Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens á Qualidade de Serviços de Saúde.* Série de Aperfeiçoamento Sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade. Center for Human Services . Bethesda. 1999.

ROSSI, P.H. & FREEMAN, H.E. *Program Monitoring for Évaluation and Management.* In: ROSSI, P.H. & FREEMAN, H.E. (orgs.) - *Evaluation: A Systematic Approach.* Beverly Hills: Sage, 1993.

SAMAJA, J. *Epistemología y Metodología. Elementos para una Teoría de la Investigación Científica.* Eudeba-Editora Universitaria. Buenos Aires, 1994.

SCHAEFER, M. *Administración de programas de higiene del México: aplicación de la teoria dos sistemas.* Cadernos de Salud Publica, Genebra, nº 59, 1975.

SCHRAMM, F.R. *A Terceira Margem da Saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário.* Brasília: Editora UNB, 1996.

SIEGEL, S. *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento.* Ed. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo, 1975, p 209-219.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. *A Avaliação em saúde: limites e perspectivas.* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan/mar, 1994, p 80-91.

- SILVA, M. G. C.** *Economia da Saúde*. In: **Rouquayrol, M. Z. & Filho, N. de A.** *Epidemiologia & Saúde*. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- SUCHMAN, L.** *Evaluative Research – Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*. New York: Russel Sage Foundation, 1967.
- TANAKA, O. Y.** *Políticas de Saúde: Estrutura e Avaliação dos Serviços*. In: Anais do I Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologias de Pesquisa em Saúde Perinatal, Série ISMCA. nº 3, São Paulo, 1994.
- VUORI, H.** *Optimal and logical quality: two neglected aspects of the quality of health services*. *Medical Care*, 1980, 28:975-985.
- VUORI, H.** *A qualidade da saúde*. Divulgação em saúde para debate, Caderno de Ciência e Tecnologia. 1991, 3:26-41.
- WEISS, C. H.** *Evaluation Research Methods for Assessing Program Effectiveness*. New York: Prentice-Hall Inc/Englewood Cliffs, 1972.

ANEXOS

Anexo 01

Tabela 01-A – Classificação de ordem e percentuais de acordo com os resultados do teste de Kruskal-Wallis, dos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Nº	Nome	Natureza	Município	Ordem
01	Soc. Hospitalar São João Batista	Filantrópico	Poxoreo	1
02	Hospital Municipal Peixoto De Azevedo	Municipal	Peixoto De Azevedo	1
03	Hospital E Mat. Santa Lúcia	Privado/Contratado	Jaciara	2
04	Hospital Regional De Sorriso	Estadual	Sorriso	2
05	Hospital Santa Rita	Privado/Contratado	Várzea Grande	2
06	Unidade Mista De Terra Nova Do Norte	Federal	Terra Nova Do Norte	2
07	Hospital Maria Bertilla	Filantrópico	Guiratinga	2
08	Hospital E Maternidade Santa Maria	Privado/Contratado	Nova Brasilândia	2
09	Hospital Geral De Poconé	Filantrópico	Poconé	2
10	Hospital São Luiz	Filantrópico	Cáceres	2
11	Fund. De Saúde Comunitária De Sinop	Filantrópico	Sinop	3
12	Hospital Central Nª Sª Aparecida	Privado/Contratado	Lucas Do Rio Verde	3
13	Hospital Das Clínicas Primavera Ltda	Privado/Contratado	Primavera Do Leste	3
14	Hospital Geral E Mat. Mirassol D'oeste	Privado/Contratado	Mirassol D-Oeste	3
15	Hospital Vila Rica Ltda	Privado/Contratado	Vila Rica	3
16	Casa Saúde e Mat. Nª Srª Das Graças	Privado/Contratado	Rondonópolis	4
17	Clínica Infantil São Lucas Ltda	Privado/Contratado	Rondonópolis	4
18	Consórcio InterMunicipal Médio Araguaia	Municipal	Água Boa	4
19	Fundação Municipal De Saúde De Itaúba	Municipal	Itaúba	4
20	Fundção Municipal De Saúde De Juruena	Municipal	Juruena	4
21	Hospital E Mat. Dois Pinheiros	Privado/Contratado	Sinop	4
22	Hospital E Mat. Dona Nilza	Privado/Contratado	Cláudia	4
23	Hospital Garantã Ltda	Privado/Contratado	Garantã Do Norte	4
24	Hospital Nova Brasilia Ltda	Privado/Contratado	Nova Xavantina	4
25	Hospital Ortopédico	Privado/Contratado	Cuiabá	4
26	Hospital Osvaldo Cruz	Privado/Contratado	Guiratinga	4
27	Hospital São Mateus	Privado/Contratado	Jaciara	4
28	Hospital Maria Auxiliadora	Privado/Contratado	Barra Do Garças	4
29	Soc. Médica Carmela Dutra	Privado/Contratado	Alto Araguaia	4
30	Hospital Cristo Rei	Privado/Contratado	Ribeirão Cascalheira	5
31	Hospital E Mat. Santa Inês	Privado/Contratado	Torixoreo	5
32	Hospital E Mat. São Lucas	Privado/Contratado	Primavera Do Leste	5
33	Hospital Regional De Matupá	Privado/Contratado	Matupá	5
34	Hospital Santa Luzia	Privado/Contratado	Matupá	5
35	Hospital São Lucas	Privado/Contratado	Torixoreo	5
36	Hospital São Luís	Privado/Contratado	Várzea Grande	5
37	Hospital São Geraldo	Privado/Contratado	Vila Rica	5
38	Santa Casa de Misericórdia Maternidade	Filantrópico	Rondonópolis	5
39	Casa De Saúde Santa Julia	Privado/Contratado	Barra Do Garças	6
40	Hospital Cristo Rei	Privado/Contratado	Aripuanã	6
41	Hospital E Mat. Santa Eliza	Privado/Contratado	Castanheira	6
42	Hospital E Mat. São Francisco	Privado/Contratado	Água Boa	6
43	Hospital Maria Auxiliadora	Privado/Contratado	Vera	6
44	Hospital Rio Branco	Privado/Contratado	Rio Branco	6

Nº	Nome	Natureza	Município	Ordem
45	Hospital São Marcos	Privado/Contratado	Rondonópolis	6
46	Hospital Materdei	Privado/Contratado	Mirassol D'oeste	6
47	Hospret - Hospital E Maternidade	Privado/Contratado	São José Do Xingu	6
48	Soc. Médica Maria Auxiliadora	Privado/Contratado	Alro Araguaia	6
49	Hospital Municipal De Juína	Municipal	Juína	6
50	Hospital Municipal De Confresa	Municipal	Confresa	6
51	Clínica São José	Privado/Contratado	Rondonópolis	7
52	Fund. Municipal De Saúde De Cocalinho	Municipal	Cocalinho	7
53	Hospital E Mat. Bom Jesus	Privado/Contratado	Nova Canaã Do Norte	7
54	Hospital E Mat. São Benedito	Privado/Contratado	Paranatinga	7
55	Hospital Municipal De Barra Dos Bugres	Municipal	Barra Dos Bugres	7
56	Hospital Municipal De General Carneiro	Municipal	General Carneiro	7
57	Hospital Municipal De Querência	Municipal	Querência	7
58	Hospital Municipal Nª Senhora De Lurdes	Municipal	Novo São Joaquim	7
59	Hospital Mun. Profª Mª Arlinda Da Costa	Municipal	Nª Srª Do Livramento	7
60	Hospital São Francisco De Assis	Privado/Contratado	Juscimeira	7
61	Promater Pro Saúde	Privado/Contratado	Rondonópolis	7
62	Fund. Saúde Várzea Grande/PSVG	Municipal	Várzea Grande	7
63	Hospital Santa Helena	Privado/Contratado	Cuiabá	7
64	Hospital Das Clínicas Tangará Da Serra	Privado/Contratado	Tangará Da Serra	7
65	Hospital Municipal De Juara	Municipal	Juara	7
66	Hospital E Maternidade São Lucas	Privado/Contratado	Juara	7
67	Hospital Gonçalves Ltda	Privado/Contratado	Tangará Da Serra	7
68	Centro Médico De Mato Grosso	Privado/Contratado	Mirassol D'Oeste	8
69	Hospital Geral Das Clinicas Comodoro	Privado/Contratado	Comodoro	8
70	Hospital Geral E Mat. De Araputanga	Privado/Contratado	Araputanga	8
71	Hospital São Lucas	Privado/Contratado	Juina	8
72	Soc. Hospitalar Iv De Marcos	Privado/Contratado	São José Dos Iv Marcos	8
73	Fundação Municipal de Saúde	Municipal	Porto Dos Gaúchos	8
74	Hospital Materno Infantil De Canarana	Privado/Contratado	Canarana	8
75	Hospital São Vicente De Paula	Privado/Contratado	São Felix Do Araguaia	8
76	Casa De Saúde Santa Lúcia	Privado/Contratado	Cáceres	9
77	Hospital Municipal Nª Senhora Do Carmo	Municipal	Itiquira	9
78	Hospital das Clínicas Sº Felix Araguaia	Privado/Contratado	São Felix Do Araguaia	9
79	Hospital E Mat. Campo Verde	Privado/Contratado	Campo Verde	9
80	Hospital Santo Antonio	Filantropico	Chapada Dos Guimarães	9
81	Hospital São Vicente	Privado/Contratado	Paranaíta	9
82	Hospital Materdei	Privado/Contratado	Tangará Da Serra	9
83	Hospital Evangélico Do Mato Grosso	Privado/Contratado	Vila Bela Sªma. Trindade	9
84	Policlínica - Hosp Dom Bosco	Privado/Contratado	Barra Do Garças	9
85	Pronto Soc. Municipal De Cuiabá	Municipal	Cuiabá	10
86	Dr. Noel Nutels	Privado/Contratado	Pedra Preta	10
87	F. S. Medeiros Cia Ltda	Privado/Contratado	Nova Olimpia	10
88	Hospital E Mat. São Matheus	Privado/Contratado	Campo Verde	10
89	Hospital Municipal De Campinápolis	Municipal	Campinápolis	10
90	Hospital Municipal De Salto Do Céu	Municipal	Salto Do Céu	10
91	Hospital O Bom Samaritano	Filantropico	Cáceres	10
92	Hospital Samaritano	Privado/Contratado	Rondonópolis	10
93	Pronto Socorro Municipal	Municipal	Nova Xavantina	10
94	Casa De Saúde Nª Senhora Da Piedade	Municipal	Araguaiana	11

Nº	Nome	Natureza	Município	Ordem
95	Hospital Cristo Redentor	Privado/Contratado	Araputanga	11
96	Hospital E Mat. Carlinda	Privado/Contratado	Carlinda	11
97	Hospital Municipal Figueirópolis D'Oeste	Municipal	Figueirópolis D'Oeste	11
98	Hospital Municipal De Sº Aº De Leverger	Municipal	Sº Antº De Leverger	11
99	Hospital Municipal Sta. Terezinha	Municipal	Sta. Terezinha	11
100	Hospital Municipal De Tapurah	Municipal	Tapurah	11
101	Hospital São Bom Jesus	Privado/Contratado	Gloria D'oeste	11
102	Pronto Socorro De Barra Do Garças	Municipal	Barra Do Garças	11
103	Unidade Mista De Saúde	Municipal	Tangará Da Serra	11
104	Fund. Médica Do Trabalhador Rural	Filantropico	Pontes E Lacerda	12
105	Assoc. Hospital Cristo Rei	Privado/Contratado	Alto Garças	12
106	Hospital Bom Jesus	Privado/Contratado	Dom Aquino	12
107	Hospital Mun. Novo Horizonte Do Norte	Municipal	Novo H. Do Norte	12
108	Hospital Municipal De Tabaporã	Municipal	Tabaporã	12
109	Hospital São Francisco	Privado/Contratado	Campo Novo Do Parecis	12
110	Hospital Das Clínicas De Denise	Filantropico	Denise	12
111	Hospital Arenópolis Ltda	Privado/Contratado	Arenópolis	12
112	Hospital Municipal De Barão De Melgaço	Municipal	Barão De Melgaço	13
113	Hospital Mun. De Porto Alegre Do Norte	Municipal	Porto Alegre Do Norte	13
114	Hospital São Francisco De Assis	Privado/Contratado	Várzea Grande	13
115	Hospital Municipal De Brasnorte	Municipal	Brasnorte	13
116	Hospital Nossa Senhora Do Pilar	Privado/Contratado	Jauru	13
117	Casa De Saúde Sta. Tereza	Privado/Contratado	Cuiabá	14
118	Hospital Municipal Bom Jesus	Municipal	Ponte Branca	14
119	Hospital e Maternidade São Lucas	Municipal	Tesouro	14

Tabela 02-A – Classificação de ordem e percentuais pelo número de atributos analisados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis dos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Nº do Hospital	c/ 18 atributos		c/ 16 atributos	
	ordem	grupo.	ordem	grupo
01	1	B	1	2
02	1	B	1	2
03	2	A	2	1
04	2	A	3	1
05	2	A	3	1
06	2	A	3	1
07	2	B	1	2
08	2	C	2	2
09	2	C	3	2
10	2	C	2	2
11	3	A	3	1
12	3	A	3	1
13	3	A	3	1
14	3	C	3	2
15	3	A	3	1
16	4	A	4	1
17	4	A	4	1
18	4	A	4	1
19	4	A	4	1
20	4	B	4	2
21	4	A	4	1
22	4	A	3	1
23	4	A	3	1
24	4	B	3	2
25	4	A	4	1
26	4	A	3	1
27	4	A	4	1
28	4	A	4	1
29	4	A	3	1
30	5	A	4	1
31	5	A	4	1
32	5	A	4	1
33	5	A	4	1
34	5	A	4	1
35	5	A	4	1
36	5	A	5	1
37	5	A	4	1
38	5	D	5	3
39	6	A	4	1
40	6	A	5	1
41	6	A	4	1
42	6	A	5	1
43	6	A	4	1
44	6	A	4	1

Nº do Hospital	c/ 18 atributos		c/ 16 atributos	
	ordem	grupo	ordem	grupo
45	6	A	5	1
46	6	A	4	1
47	6	A	5	1
48	6	A	4	1
49	6	E	5	3
50	6	E	5	1
51	7	A	6	1
52	7	A	5	1
53	7	A	5	1
54	7	A	5	1
55	7	A	5	1
56	7	A	6	1
57	7	A	5	1
58	7	A	6	1
59	7	A	5	1
60	7	A	6	1
61	7	A	7	1
62	7	D	6	1
63	7	D	6	1
64	7	E	6	3
65	7	E	6	3
66	7	E	5	3
67	7	E	7	3
68	8	A	6	1
69	8	A	6	1
70	8	A	5	1
71	8	A	5	1
72	8	A	6	1
73	8	E	5	3
74	8	E	7	3
75	8	E	6	3
76	9	A	6	1
77	9	A	6	1
78	9	E	8	3
79	9	E	6	3
80	9	E	8	3
81	9	E	7	3
82	9	E	10	3
83	9	E	6	3
84	9	E	8	3
85	10	D	10	3
86	10	E	8	3
87	10	E	8	3
88	10	E	9	3
89	10	E	10	3
90	10	E	9	3
91	10	E	8	3
92	10	E	11	3
93	10	E	9	3

Nº do Hospital	c/ 18 atributos		c/ 16 atributos	
	ordem	grupo	ordem	grupo
94	11	E	10	3
95	11	E	11	3
96	11	E	10	3
97	11	E	10	3
98	11	E	11	3
99	11	E	10	3
100	11	E	10	3
101	11	E	11	3
102	11	E	12	3
103	11	E	13	3
104	12	D	12	3
105	12	E	12	3
106	12	E	12	3
107	12	E	12	3
108	12	E	12	3
109	12	E	12	3
110	12	E	12	3
111	12	E	12	3
112	13	D	13	3
113	13	D	13	3
114	13	D	14	3
115	13	E	13	3
116	13	E	13	3
117	14	D	14	3
118	14	D	14	3
119	14	E	14	3

Tabela 03-A - Classificação de ordem pelo teste de kruskal-Wallis, considerando escores brutos, atribuição de peso e indicadores, dos 103 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Nº do Hospital	Pnash	Peso	Ind
01	1	1	2
02	1	1	1
03	2	1	1
04	2	1	2
05	2	1	1
06	2	1	3
07	2	1	3
08	2	1	1
10	2	1	2
11	3	2	2
12	3	2	2
13	3	1	3
14	3	6	3
15	3	2	2
17	3	3	3
18	3	3	1
19	3	2	1
20	3	2	4
21	3	2	1
22	3	2	2
23	3	2	3
24	3	2	2
25	3	4	1
28	3	2	2
30	3	2	4
32	3	2	2
33	3	2	3
36	3	2	1
37	3	2	4
38	3	2	3
71	3	2	3
31	4	3	4
39	4	4	2
40	4	4	4
41	4	3	4
42	4	4	3
43	4	3	4
44	4	3	4
45	4	3	2
48	4	4	4
49	4	3	4
50	4	3	3
51	4	4	2
52	4	4	4
53	4	4	4

Nº do.Hospital	Pnash	Peso	Ind
55	4	4	4
58	4	4	4
59	4	4	5
62	4	4	5
35	5	4	4
54	5	5	5
56	5	5	5
57	5	5	5
61	5	4	2
63	5	4	3
64	5	4	3
65	5	4	3
66	5	4	4
67	5	4	3
68	5	4	3
70	5	4	3
74	5	6	4
75	5	4	5
76	5	6	3
77	5	4	5
79	5	5	4
78	6	5	5
81	6	5	4
82	6	5	3
83	6	5	5
84	6	5	6
85	6	5	5
86	6	5	5
87	6	5	3
88	6	5	4
89	6	6	4
90	6	5	5
91	6	5	5
92	6	5	3
93	6	6	3
97	6	5	6
99	6	5	6
100	6	5	5
94	7	6	6
95	7	6	5
96	7	6	5
98	7	6	5
103	7	6	3
104	7	6	4
105	7	6	6
106	7	6	4
107	7	6	4
108	7	6	6
110	7	6	6
111	7	6	5

Nº do Hospital	Pnash	Peso	Ind
113	7	6	7
115	7	6	7
116	7	6	6
112	8	6	6
114	8	7	4
117	8	7	6
118	8	7	6
119	8	7	7

Tabela 04-A-- Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da Análise de Agrupamento - 18 atributos - Estado do Mato Grosso, 1998.

Nº do Hospital	Grupo	Ordem
	Grupo B	
01	B	1
02	B	1
07	B	2
20	B	4
24	B	4
	Grupo C	
08	C	2
09	C	2
10	C	2
14	C	3
	Grupo A	
03	A	2
04	A	2
05	A	2
06	A	2
11	A	3
12	A	3
13	A	3
15	A	3
16	A	4
17	A	4
18	A	4
19	A	4
21	A	4
22	A	4
23	A	4
25	A	4
26	A	4
27	A	4
28	A	4
29	A	4
30	A	5
31	A	5
32	A	5
33	A	5
34	A	5
35	A	5
36	A	5
37	A	5
39	A	6
40	A	6
41	A	6
42	A	6
43	A	6
44	A	6

Nº do Hospital	Grupo	Ordem
45	A	6
46	A	6
47	A	6
48	A	6
51	A	7
52	A	7
53	A	7
54	A	7
55	A	7
56	A	7
57	A	7
58	A	7
59	A	7
60	A	7
61	A	7
68	A	8
69	A	8
70	A	8
71	A	8
72	A	8
76	A	9
77	A	9
	Grupo E	
49	E	6
50	E	6
64	E	7
65	E	7
66	E	7
67	E	7
73	E	8
74	E	8
75	E	8
78	E	9
79	E	9
80	E	9
81	E	9
82	E	9
83	E	9
84	E	9
86	E	10
87	E	10
88	E	10
89	E	10
90	E	10
91	E	10
92	E	10
93	E	10
94	E	11
95	E	11
96	E	11

Nº do Hospital	Grupo	Ordem
97	E	11
98	E	11
99	E	11
100	E	11
101	E	11
102	E	11
103	E	11
105	E	12
106	E	12
107	E	12
108	E	12
109	E	12
110	E	12
111	E	12
115	E	13
116	E	13
119	E	14
	Grupo D	
38	D	5
62	D	7
63	D	7
85	D	10
104	D	12
112	D	13
113	D	13
114	D	13
117	D	14
118	D	14

Tabela 05-A – Classificação de ordem por grupos dos hospitais de acordo com os resultados da Análise de Agrupamento – 16 atributos - Estado do Mato Grosso, 1998.

Nº do Hospital	Grupo	Ordem
	Grupo 2	
01	2	1
02	2	1
07	2	1
08	2	2
10	2	2
09	2	3
14	2	3
24	2	3
20	2	4
	Grupo 1	
03	1	2
04	1	3
05	1	3
06	1	3
11	1	3
12	1	3
13	1	3
15	1	3
22	1	3
23	1	3
26	1	3
29	1	3
17	1	4
18	1	4
19	1	4
21	1	4
25	1	4
27	1	4
28	1	4
30	1	4
31	1	4
32	1	4
33	1	4
34	1	4
35	1	4
37	1	4
38	1	4
39	1	4
41	1	4
43	1	4
44	1	4
46	1	4
48	1	4
36	1	5

Nº do Hospital	Grupo	Ordem
40	1	5
42	1	5
45	1	5
47	1	5
50	1	5
52	1	5
53	1	5
54	1	5
55	1	5
57	1	5
59	1	5
70	1	5
71	1	5
51	1	6
56	1	6
58	1	6
60	1	6
62	1	6
63	1	6
68	1	6
69	1	6
72	1	6
76	1	6
77	1	6
61	1	7
	Grupo 3	
38	3	5
49	3	5
66	3	5
73	3	5
64	3	6
65	3	6
75	3	6
79	3	6
83	3	6
67	3	7
74	3	7
81	3	7
78	3	8
80	3	8
84	3	8
86	3	8
87	3	8
91	3	8
88	3	9
90	3	9
93	3	9
82	3	10

Nº do Hospital	Grupo	Ordem
85	3	10
89	3	10
94	3	10
96	3	10
97	3	10
99	3	10
100	3	10
92	3	11
95	3	11
98	3	11
101	3	11
102	3	12
104	3	12
105	3	12
106	3	12
107	3	12
108	3	12
109	3	12
110	3	12
111	3	12
103	3	13
112	3	13
113	3	13
115	3	13
116	3	13
114	3	14
117	3	14
118	3	14
119	3	14

Quadro 01-A – Distribuição de freqüências de conceitos, segundo grupos, nos atributos avaliados dos 119 hospitais do Estado do Mato Grosso, 1998.

Equipamento	A	B	C	D	E	Total
-	1	0	0	0	0	1
1-Péssimo	0	0	0	2	1	3
2-Ruim	22	1	1	7	37	68
3-Regular	17	0	2	1	6	26
4-Bom	16	4	1	0	0	21
Total	56	5	4	10	44	119

Limpeza	A	B	C	D	E	Total
1-Péssimo	0	0	0	1	1	2
2-Ruim	0	0	0	8	11	19
3-Regular	9	1	1	0	22	33
4-Bom	47	1	3	1	10	62
5-Excelente	0	3	0	0	0	3
Total	56	5	4	10	44	119

Roupa	A	B	C	D	E	Total
1-Péssimo	0	0	0	6	0	6
2-Ruim	1	0	0	3	18	22
3-Regular	6	0	0	0	16	22
4-Bom	44	4	3	1	10	62
5-Excelente	5	1	1	0	0	7
Total	56	5	4	10	44	119

Alimentação	A	B	C	D	E	Total
-	1	0	0	0	0	1
1-Péssimo	0	0	0	4	1	5
2-Ruim	32	3	0	2	38	75
3-Regular	9	1	1	1	4	16
4-Bom	13	1	3	2	1	20
5-Excelente	1	0	0	1	0	2
Total	56	5	4	10	44	119

Patologia	A	B	C	D	E	Total
-	4	0	1	0	0	5
1-Péssimo	3	0	0	2	8	13
2-Ruim	3	0	0	4	4	11
3-Regular	5	0	0	4	15	24
4-Bom	11	2	1	0	10	24
5-Excelente	30	3	2	0	7	42
Total	56	5	4	10	44	119

Ind. visual	A	B	C	D	E	Total
1-Péssimo	1	0	0	3	24	28
2-Ruim	9	0	1	5	7	22
3-Regular	21	4	2	2	12	41
4-Bom	13	0	0	0	1	14
5-Excelente	12	1	1	0	0	14
Total	56	5	4	10	44	119

Prontuário	A	B	C	D	E	Total
1-Péssimo	0	0	0	0	1	1
2-Ruim	5	0	0	2	16	23
3-Regular	7	0	1	5	10	23
4-Bom	40	1	2	3	17	63
5-Excelente	4	4	1	0	0	9

Com. Óbitos	A	B	C	D	E	Total
-	0	0	1	0	0	1
1-Péssimo	55	5	3	10	44	117
4-Bom	1	0	0	0	0	1
Total	56	5	4	10	44	119

Com. Prontuário	A	B	C	D	E	Total
-	0	0	1	0	0	1
1-Péssimo	56	4	3	9	44	116
2-Ruim	0	1	0	1	0	2
Total	56	5	4	10	44	119

Com. Infecção	A	B	C	D	E	Total
-	0	0	1	0	0	1
1-Péssimo	29	1	1	5	32	68
2-Ruim	16	2	0	5	10	33
3-Regular	9	1	0	0	2	12
4-Bom	1	0	2	0	0	3
5-Excelente	1	1	0	0	0	2
Total	56	5	4	10	44	119

Centro Cirúrgico	A	B	C	D	E	Total
-	1	0	1	0	3	5
1-Péssimo	1	0	0	2	4	7
2-Ruim	1	0	0	3	11	15
3-Regular	45	2	0	5	24	76
4-Bom	8	0	1	0	1	10
5-Excelente	0	3	2	0	1	6
Total	56	5	4	10	44	119

Almoxarifado	A	B	C	D	E	Total
-	0	0	0	1	0	1
1-Péssimo	24	1	3	4	24	56
2-Ruim	2	0	0	4	12	18
3-Regular	29	3	1	1	8	42
4-Bom	1	1	0	0	0	2
Total	56	5	4	10	44	119

Água	A	B	C	D	E	Total
-	0	0	0	0	1	1
1-Péssimo	1	0	0	1	10	12
2-Ruim	18	0	2	4	19	43
3-Regular	20	2	1	3	3	29
4-Bom	15	3	1	2	11	32
5-Excelente	2	0	0	0	0	2
Total	56	5	4	10	44	119

Sala espera	A	B	C	D	E	Total
-	1	0	0	0	1	2
1-Péssimo	0	0	0	0	3	3
2-Ruim	5	0	0	4	17	26
3-Regular	40	2	4	5	17	68
4-Bom	7	0	0	0	6	13
5-Excelente	3	3	0	1	0	7
Total	56	5	4	10	44	119

UTI	A	B	C	D	E	Total
-	45	1	3	4	33	86
1-Péssimo	11	4	0	3	10	28
2-Ruim	0	0	0	1	0	1
3-Regular	0	0	1	2	1	4
Total	56	5	4	10	44	119

Farmácia	A	B	C	D	E	Total
-	0	0	0	1	1	2
1-Péssimo	5	0	0	2	8	15
2-Ruim	17	0	0	5	25	47
3-Regular	32	5	2	2	10	51
4-Bom	2	0	2	0	0	4
Total	56	5	4	10	44	119

Geradores	A	B	C	D	E	Total
-	0	0	1	0	0	1
1-Péssimo	14	0	0	4	19	37
2-Ruim	4	0	0	3	18	25
3-Regular	27	3	0	1	7	38
4-Bom	11	1	0	2	0	14
5-Excelente	0	1	3	0	0	4
Total	56	5	4	10	44	119

Sangue	A	B	C	D	E	Total
-	8	0	1	2	3	14
1-Péssimo	32	3	0	5	34	74
2-Ruim	1	0	0	0	0	1
3-Regular	4	0	0	2	1	7
4-Bom	8	1	1	1	4	15
5-Excelente	3	1	2	0	2	8
Total	56	5	4	10	44	119

Anexo 02

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AVALIAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA – ANEXO C1

Parâmetros de avaliação: E: excelente B: bom RE: regular RU: ruim P: péssimo

1. Equipamentos Hospitalares (*)

E	Todos funcionando com manutenção periódica e prontuário dos equipamentos.
B	Todos funcionando apenas com manutenção periódica.
RE	Maioria funcionando com manutenção periódica.
RU	Maioria funcionando sem manutenção periódica.
P	Minoria funcionando.

* A avaliação dos equipamentos deve ser realizada a partir das informações prestadas pela direção do hospital ou setor competente sobre os contatos ou sistemas de manutenção.

2. Limpeza Hospitalar

E	Bom grau de limpeza em todas as áreas, com ou sem pessoal especializado/treinado e rotinas escritas.
B	Bom grau de limpeza com ou sem pessoal especializado/treinado.
RE	Bom grau de limpeza apenas nos setores críticos, com ou sem pessoal especializado.
RU	Baixo grau de limpeza em todo hospital, sem pessoal especializado.
P	Baixo grau de limpeza em todo hospital, com pessoal especializado.

3. Roupa Hospitalar

E	Bom grau de limpeza e conservação das roupas (cama, banho e do paciente) em todo hospital, com pessoal especializado/treinado, com trocas constantes, tão logo se façam necessárias.
B	Bom grau de limpeza e conservação da roupa (cama, banho e do paciente) em todo hospital, com pessoal especializado/treinado.
RE	Baixo grau de limpeza e conservação, c/falta ocasional de roupa (cama, banho e do paciente) em todo hospital, c/pessoal especializado/treinado.
RU	Baixo grau de limpeza e conservação, c/falta ocasional de roupa (cama, banho e do paciente) em todo hospital, s/pessoal especializado/treinado.
P	Baixo grau de limpeza e conservação, c/falta ocasional de roupa (cama, banho e do paciente) em todo hospital, c/pessoal especializado/treinado.

4. Alimentação Hospitalar

E	Alimentação fornecida em boas condições de higiene e limpeza, totalmente balanceada, com supervisão de nutricionista, servida na temperatura adequada nas enfermarias por pessoal especializado/treinado.
B	Alimentação fornecida em boas condições de higiene e limpeza, balanceada, e servida na temperatura adequada nas enfermarias por pessoal especializado / treinado.
RE	Alimentação fornecida em boas condições de higiene e limpeza, balanceada, porém, com temperatura inadequada ao ser servida nas enfermarias.
RU	Alimentação fornecida em boas condições de higiene e limpeza, não balanceada e servida c/temperatura inadequada.
P	Alimentação sem condições de higiene e limpeza, não balanceada e com temperatura inadequada.

5. Patologia Clínica (*)

E	Laboratório(s) em boas condições técnicas, c/área física adequada e tempo ótimo de fornecimento de resultados aos usuários.
B	Laboratório(s) em boas condições técnicas, c/área física adequada e tempo prolongado de fornecimento de resultados aos usuários.
RE	Laboratório(s) em boas condições técnicas, c/área física inadequada e tempo prolongado de fornecimento de resultados aos usuários.
RU	Laboratório(s) em condições técnicas inadequadas.
P	Laboratório sem condição de funcionamento.

* Quando o hospital terceirizar/contratar serviços, laboratório deverá garantir atendimento durante 24 horas, caso contrário este item deverá ser classificado como péssimo.

6. Indicações Visuais

E	Hospital todo sinalizado com fluxo ideal para os usuários.
B	Hospital todo sinalizado com problemas no fluxo para os usuários.
RE	Hospital pouco sinalizado sem problemas no fluxo para os usuários.
RU	Hospital pouco sinalizado com problemas no fluxo para os usuários.
P	Hospital não sinalizado com problemas no fluxo para os usuários.

7. Prontuário Médico

E	Prontuários organizados, em dia, com anotações médicas e de enfermagem, legíveis, com exames complementares.
B	Prontuários organizados, em dias, com anotações médicas e de enfermagem, com exames complementares.
RE	Prontuários organizados, com anotações médicas irregulares e de enfermagem, com exames complementares.
RU	Prontuários desorganizados, com anotações médicas irregulares e/ou falta de exames complementares.
P	Inexistência de prontuários.

8. Comissão de Óbito

E	Comissão de óbito estruturada analisando todos os óbitos hospitalares.
B	Comissão de óbito estruturada analisando óbitos após 48 horas de entrada no hospital, caso tenha sido pela emergência.
RE	Comissão de óbito estruturada analisando óbitos por amostragem e/ou por solicitação da direção.
RU	Comissão de óbito com funcionamento irregular.
P	Inexistência de comissão de óbito.

9. Comissão de Prontuário

E	Comissão estruturada analisando todos os prontuários, inclusive os de ambulatório.
B	Comissão estruturada analisando os prontuários, exceto os do ambulatório.
RE	Comissão estruturada analisando os prontuários por amostragem e/ou por solicitação da direção.
RU	Comissão de prontuários com funcionamento irregular.
P	Inexistência de comissão de prontuários.

10. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

E	Comissão de controle de infecção hospitalar estruturada como serviço, seguindo todas as normas do Ministério da Saúde, com dados epidemiológicos.
B	Comissão de controle de infecção hospitalar estruturada como serviço, seguindo todas as normas do Ministério da Saúde, sem dados epidemiológicos.
RE	Comissão de controle de infecção hospitalar estruturada atendendo apenas alguns itens das normas do Ministério da Saúde.
RU	Comissão de controle de infecção hospitalar sem funcionamento regular.
P	Inexistência de comissão de controle de infecção hospitalar.

11. Centro Cirúrgico

E	Sala(s) em boas condições, compatíveis com a demanda de cirurgias eletivas e emergenciais com sala de recuperação anestésica, devidamente equipadas.
B	Sala(s) em boas condições, insuficientes para o atendimento de toda a demanda de cirurgias eletiva e emergencial, com sala de recuperação anestésica, devidamente equipadas.
RE	Sala(s) com boas condições, sem sala de recuperação anestésica.
RU	Sala(s) em más condições de funcionamento.
P	Sala(s) sem condições de funcionamento.

12. Unidades de Tratamento Intensivo (*)

E	Possui todas as unidades em boas condições técnicas, UTI adulto, UTI pediátrico, Unidades Coronarianas e UTI neonatal (caso exista serviço de obstetrícia), compatível com a demanda.
B	Possui todas as unidades em boas condições técnicas, UTI adulto, UTI pediátrico, Unidades Coronarianas e UTI neonatal (caso exista serviço de obstetrícia), insuficiente a demanda.
RE	Possui pelo menos uma das unidades em boas condições técnicas, UTI adulto, UTI pediátrico, Unidades Coronarianas e UTI neonatal (caso exista serviço de obstetrícia), compatível com a demanda.
RU	Possui unidade(s) em péssimas condições técnicas.
P	Não possui UTI em hospitais que necessitem da mesma.

* No caso de hospital especializado, considerar excelente quando possuir apenas a UTI correspondente.

13. Almoxarifado

E	Boas condições de armazenamento, controle de entrada e saída de materiais, com sistema de informações, controle de estoque com disparo automático de processo de compra, com sistema de segurança, com sistema de análise da qualidade do produto adquirido (por amostragem), sem sub-estoque em outros setores do hospital.
B	Boas condições de armazenamento, controle de entrada e saída de materiais, com sistema de informações, com disparo automático de processo de compra, com sistema de segurança, sem sistema de análise da qualidade.
RE	Boas Condições de armazenamento, sem os itens anteriores.
RU	Más condições de armazenamento, controle, informação e segurança.
P	Não há almoxarifado.

14. Farmácia

E	Boas condições de armazenamento, com presença de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle de estoque com disparo automático do processo de compra, com sistema de segurança e de análise da qualidade do medicamento adquirido, por amostragem, com dispensação por dose unitária, sem sub-estoque em outros setores do hospital.
B	Boas condições de armazenamento, com presença de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle de estoque com disparo automático do processo de compra, com sistema de segurança, com disposição por dose unitária, sem sub-estoque em outros setores do hospital.
RE	Boas condições de armazenamento, com supervisão de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle de estoque com disparo automático do processo de compra, com sistema de segurança, sem dispensação por dose unitária, sem sub-estoque em outros setores do hospital.
RU	Condições inadequadas de armazenamento sem supervisão de farmacêutico.
P	Não há Farmácia.

15. Caixas D'água elevada e subterrânea (cisterna)

E	Possui caixas d'água elevada e subterrânea dimensionadas para unidade, submetidas à limpeza periódica.
B	Possui caixas d'água elevada e subterrânea dimensionadas para unidade, que são submetidas à limpeza periódica sem controle biológico.
RE	Possui caixas d'água elevada e subterrânea hipodimensionadas, sem controle biológico, com limpeza periódica.
RU	Possui caixas d'água elevada e/ou subterrânea sem limpeza periódica.
P	Não existe informação sobre a limpeza da caixa d'água.

16. Geradores de Emergência

E	Possui gerador (es) de emergência com entrada automática e capacidade para o plano de funcionamento de todos os setores do hospital, com manutenção periódica.
B	Possui gerador (es) de emergência com entrada automática para os setores críticos (UTI, Centro Cirúrgico, etc) com manutenção periódica.
RE	Possui gerador (es) de emergência sem entrada automática e com manutenção.
RU	Possui gerador (es) de emergência e com entrada automática e sem manutenção.
P	Não há gerador (es) de emergência.

17. Salas de Espera (Emergência, Ambulatório, Laboratório, S. Sangue, S. Imagem)

E	Todos os serviços possuem salas de espera confortáveis, capazes de absorver a demanda, com eficiente serviço de recepção.
B	Todos os serviços possuem salas de espera confortáveis, capazes de absorver a demanda, com ineficiente serviço de recepção.
RE	Apenas alguns serviços possuem salas de esperas.
RU	Salas de espera desconfortáveis que não atendem a demanda, sem serviço de recepção.
P	Não há salas de espera, nem recepção.

18. Serviço de Sangue (*)

E	Possui capacidade de suprir as necessidades do hospital com sangue de boa qualidade, integrado ao sistema estadual de sangue, com orientação e encaminhamento dos inaptos.
B	Possui capacidade de suprir as necessidades do hospital com sangue de boa qualidade, integrado ao sistema estadual de sangue, sem orientação dos inaptos.
RE	Incapacidade de suprir as necessidades do hospital mesmo garantindo sangue de boa qualidade com orientação dos inaptos.
RU	Incapacidade de suprir as necessidades do hospital mesmo garantindo sangue de boa qualidade sem orientação dos inaptos.
P	Inexistência do Serviço de Sangue e/ou garante a boa qualidade do sangue.

* Este item não se aplica a hospitais apenas com unidades transfusionais.

Anexo 04

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH**

**FORMULÁRIO / PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS – AMBULATÓRIO
ANEXO D1**

CGC DO HOSPITAL:

Nome do hospital:

Município:

Sigla da UF:

Data de envio dos resultados pela INTERNET:

(E=excelente (5), B=bom (4), RE=regular (3), RU=ruim (2), P=péssimo (1)).

QUESITOS	E	B	RE	RU	P
1. As instalações físicas (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios, etc.) são limpas e agradáveis?					
2. As informações que o hospital presta ao paciente e seus familiares são adequadas e satisfatórias?					
3. As indicações de localização dos serviços são adequadas?					
4. A equipe atende sem demora os pacientes?					
4.1 Médicos e plantonistas					
4.2 Equipe de enfermagem					
4.3 Funcionários administrativos					
5. A equipe está sempre disposta a ajudar a resolver o problema do paciente?					
5.1 Médicos e plantonistas					
5.2 Equipe de enfermagem					
5.3 Funcionários administrativos					
6. O paciente sente-se seguro quando utiliza os serviços do hospital?					
7. A equipe trata o paciente com educação e respeito?					
7.1 Médicos e plantonistas					
7.2 Equipe de enfermagem					
7.3 Funcionários administrativos					
8. O médico demonstra interesse, ouve e examina o paciente?					
9. O médico explica ao paciente sobre a doença e o tratamento que será realizado?					
10. A entrega dos resultados dos exames ocorre sem atrasos?					

Avaliador:

Data da Entrevista:

Comentários do usuário:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH

FORMULÁRIO / PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS – EMERGÊNCIA
ANEXO D2

CGC DO HOSPITAL:

Nome do hospital:

Município:

Sigla da UF:

Data de envio dos resultados pela INTERNET:

(E=excelente (5), B=bom (4), RE=regular (3), RU=ruim (2), P=péssimo (1)).

QUESITOS	E	B	RE	RU	P
1. As instalações físicas (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios, etc.) são limpas e agradáveis?					
2. As informações que o hospital presta ao paciente e seus familiares são adequadas e satisfatórias?					
3. As indicações de localização dos serviços são adequadas?					
4. A equipe atende sem demora os pacientes?					
4.1 Médicos e plantonistas					
4.2 Equipe de enfermagem					
4.3 Funcionários administrativos					
5. A equipe está sempre disposta a ajudar a resolver o problema do paciente?					
5.1 Médicos e plantonistas					
5.2 Equipe de enfermagem					
5.3 Funcionários administrativos					
6. O paciente sente-se seguro quando utiliza os serviços do hospital?					
7. A equipe trata o paciente com educação e respeito?					
7.1 Médicos e plantonistas					
7.2 Equipe de enfermagem					
7.3 Funcionários administrativos					
8. O médico demonstra interesse, ouve e examina o paciente?					

Avaliador:

Data da Entrevista:

Comentários do usuário:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH

FORMULÁRIO / PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS – INTERNADOS
ANEXO D3

CGC DO HOSPITAL:

Nome do hospital:

Município:

Sigla da UF:

Data de envio dos resultados pela INTERNET:

(E=excelente (5), B=bom (4), RE=regular (3), RU=ruim (2), P=péssimo (1)).

QUESITOS	E	B	RE	RU	P
1. As instalações físicas (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios, etc.) são limpas e agradáveis?					
2. As informações que o hospital presta ao paciente e seus familiares são adequadas e satisfatórias?					
3. As indicações de localização dos serviços são adequadas?					
4. A equipe atende sem demora os pacientes?					
4.1 Médicos e plantonistas					
4.2 Equipe de enfermagem					
4.3 Funcionários administrativos					
5. A equipe está sempre disposta a ajudar a resolver o problema do paciente?					
5.1 Médicos e plantonistas					
5.2 Equipe de enfermagem					
5.3 Funcionários administrativos					
6. O paciente sente-se seguro quando utiliza os serviços do hospital?					
7. A equipe trata o paciente com educação e respeito?					
7.1 Médicos e plantonistas					
7.2 Equipe de enfermagem					
7.3 Funcionários administrativos					
8. O médico demonstra interesse, ouve e examina o paciente?					
9. O médico explica ao paciente sobre a doença e o tratamento que será realizado?					
10. As roupas de cama e banho são limpas?					
11. As refeições são saborosas e na temperatura adequada?					
12. O ambiente do hospital é silencioso?					
13. Os horários das refeições são adequados?					
14. Os horários de limpeza são adequados?					
15. Os horários de visita são adequados?					
16. O hospital fornece remédios necessários ao tratamento?					

Avaliador:

Data da Entrevista:

Comentários do usuário: