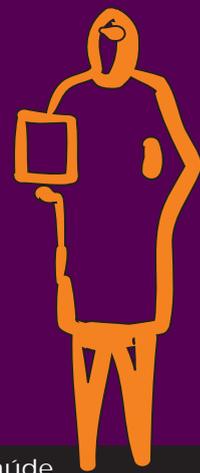


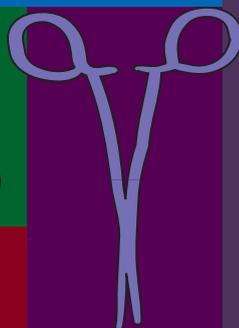
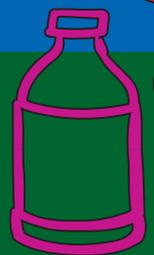
Saúde & Cidadania



Para gestores municipais de serviços de saúde



Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde

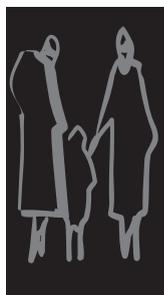


Gilson Caleman
Marizélia Leão Moreira
Maria Cecília Sanchez

AUDITORIA, CONTROLE E PROGRAMAÇÃO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

AUDITORIA, CONTROLE
E PROGRAMAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE



Gilson Caleman
Marizélia Leão Moreira
Maria Cecília Sanchez

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE - IDS
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR - NAMH/FSP - USP
BANCO ITAÚ

SÃO PAULO
1998

Copyright © 1998 by Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo

Coordenação do Projeto

Gonzalo Vecina Neto, Valéria Terra, Raul Cutait
e Luiz Eduardo C. Junqueira Machado

Produção editorial e gráfica



Editora Fundação Peirópolis Ltda.
Rua Girassol, 128 – Vila Madalena
São Paulo – SP 05433-000
Tel: (011) 816-0699 e Fax: (011) 816-6718
e-mail: peiropol@sysnetway.com.br

Projeto gráfico e editoração eletrônica
AGWM Artes Gráficas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Caleman, Gilson

Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde, volume 5 / Gilson
Caleman, Maria Cecília Sanchez, Marizélia Leão Moreira. – São Paulo : Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. -- (Série Saúde & Cidadania)

Realizadores: "Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de
Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú".

1. Municípios – Governo e administração – Brasil 2. Serviços de saúde –
Administração – Brasil 3. Serviços de saúde – Auditoria 4. Sistema Único de
Saúde (Brasil) I. Sanchez, Maria Cecília. II. Moreira, Marizélia Leão. III. Título.
IV. Série.

98-4496

CDD-362.1068

Índices para catálogo sistemático:

1. Auditoria : Serviços de saúde : Administração : Bem-estar social 362.1068
2. Serviços de saúde : Auditoria : Administração : Bem-estar social 362.1068

Tiragem

3.000 exemplares

É autorizada a reprodução total ou parcial
deste livro, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita

IDS – Rua Barata Ribeiro, 483 – 6º andar
01308-000 – São Paulo – SP
e-mail: ids-saude@uol.com.br

FSP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – 1º andar – Administração Hospitalar
01246-904 – São Paulo – SP
Tel: (011) 852-4322 e Fax: (011) 282-9659
e-mail: admhosp@edu.usp.br

Banco Itaú – PROAC – Programa de Apoio Comunitário
Rua Boa Vista, 176 – 2º andar – Corpo I
01014-919 – São Paulo – SP
Fax: (011) 237-2109

REALIZAÇÃO



INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO
DA SAÚDE

Presidente: Prof. Dr. Raul Cutait



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FSP/USP

Diretor: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR – NAMH/FSP
Coordenador: Prof. Gonzalo Vecina Neto



BANCO ITAÚ S.A.

Diretor Presidente: Dr. Roberto Egydio Setubal

APOIO



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às equipes das secretarias da Saúde os cinco municípios que participaram dos módulos de treinamento, que, através da troca de experiências e sugestões – incorporadas neste manual –, enriqueceram sobremaneira o seu conteúdo:

DIADEMA

Cacilda Maria de Santana Faria
Clóvis Silveira Junior
Walter de Campos Antonio

FORTALEZA

Silvia Maria Bonfim Silva

VOLTA REDONDA

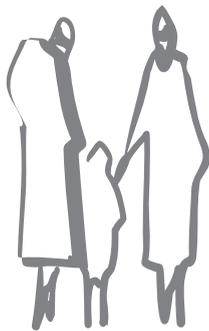
Rosa Maria Lages Dias

FOZ DO IGUAÇU

Cassio Roberto Vieira Tahan
Cecilia Marques dos Santos
Guaracy Lopes Anesi
Iara Rute Corrêa Duarte
Maria de Lourdes Mazzotti

BETIM

Maria Leonor de Barros Ribeiro



PREFÁCIO

Este conjunto de manuais para o projeto *Saúde & Cidadania* se insere no trabalho iniciado há cinco anos pelo Banco Itaú com a criação do Programa de Apoio Comunitário (PROAC). Voltado desde a origem para programas de educação básica e saúde, o PROAC tem desenvolvido dezenas de projetos de sucesso. Um dos melhores exemplos é o *Raízes e Asas*, elaborado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec). Com iniciativas como essa, o Programa de Apoio Comunitário tem recebido diversas manifestações de reconhecimento e premiações.

Os resultados positivos obtidos com os programas já implantados levam agora o Itaú a viabilizar este projeto dirigido às necessidades detectadas na área de saúde. O projeto *Saúde & Cidadania* resulta da honrosa parceria do Banco Itaú, do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e do Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP). A meta agora é divulgar para os municípios brasileiros o conhecimento e as experiências acumuladas por especialistas na área da saúde pública, que participaram da elaboração destes manuais, bem como os resultados advindos da sua utilização na fase de teste em cinco municípios. Por meio deles pretende-se aperfeiçoar a atuação dos gestores municipais

de serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida das comunidades a partir de noções básicas de gestão da saúde. Nos manuais, os gestores da saúde encontrarão fundamentos sobre planejamento em saúde, qualidade na gestão local de saúde pública, vigilância sanitária, gestão financeira, gerenciamento de equipamentos hospitalares, gestão de medicamentos e materiais, entre outros.

O trabalho de divulgação do que pode ser considerado um dos pilares da saúde pública – a viabilização da otimização dos recursos disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população – contará com o apoio da rede de agências do Itaú que, sempre sintonizadas com as necessidades locais, poderão ajudar a divulgar o material elaborado pelo projeto.

A intenção deste programa, vale frisar, será sempre aumentar a eficácia da ação dos gestores municipais da saúde quanto às melhores maneiras de aproveitar ao máximo todos os recursos que estiverem efetivamente ao seu alcance, por mais limitados que possam parecer. Os beneficiários deste trabalho serão as populações das cidades mais carentes, e o Brasil em última análise, por meio da disseminação de técnicas e experiências de última geração.

O Banco Itaú, no seu papel de empresa-cidadã e socialmente responsável, acredita que assim estará contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a construção de uma sociedade mais justa.

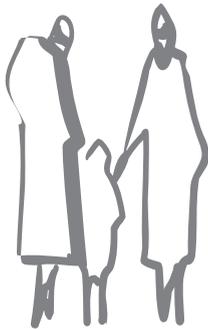


ROBERTO EGYDIO SETUBAL
Diretor Presidente



Banco Itaú S.A.

APRESENTAÇÃO



O

setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Os Manuais para Gestores Municipais de Serviço de Saúde foram elaborados com a finalidade de servir como ferramenta para a modernização das práticas administrativas e gerenciais do SUS, em especial para municípios. Redigidos por profissionais experientes, foram posteriormente avaliados em programas de treinamento oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP aos participantes das cidades-piloto.

Este material é colocado agora à disposição dos responsáveis pelos serviços de saúde em nível municipal.

Daqui para a frente, esforços conjuntos deverão ser multiplicados para que os municípios interessados tenham acesso não apenas aos manuais, mas também à sua metodologia de implantação. Mais ainda, a proposta é que os resultados deste projeto possam ser avaliados de maneira a, no futuro, nortear decisões técnicas e políticas relativas ao SUS.

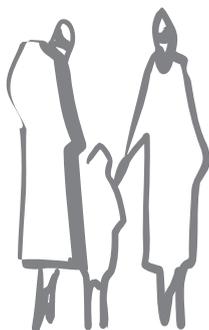
A criação destes manuais faz parte do projeto *Saúde & Cidadania* e é fruto dos esforços de três instituições que têm em comum a crença de que a melhoria das condições sociais do país passa pela participação ativa da sociedade civil: o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), que é uma organização não-governamental, de caráter apartidário, e que congrega indivíduos não só da área da saúde, mas também ligados a outras atividades, que se propõem a dar sua contribuição para a saúde; o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), que conta com a participação de experiente grupo da academia ligado à gestão e administração; e o Banco Itaú, que, ao acreditar que a vocação social faz parte da vocação empresarial, apóia programas de ampla repercussão social. O apoio oferecido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a possibilidade de êxito dessa proposta.

O sentimento dos que até o momento participaram deste projeto é de entusiasmo, acoplado à satisfação profissional e ao espírito de participação social, num legítimo exercício de cidadania. A todos os nossos profundos agradecimentos, extensivos à Editora Fundação Peirópolis, que se mostrou uma digna parceira deste projeto.



RAUL CUTAIT
Presidente

NOTAS EXPLICATIVAS



UM POUCO DE HISTÓRIA

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde,

com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel –, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

No entanto, um conjunto de fatores – como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos

crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros – tem se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes. Tudo isso redundando em uma sensação de inviabilidade do SUS, apesar de o caminho ser unanimemente considerado como correto.

Existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminação positiva, é o caminho para superar as causas que colocam o SUS em xeque.

Assim, é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Dessa forma, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gerente de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação.

Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social.

Sob essa lógica, deve-se pensar também na necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia.

Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

É esse um dos grandes desafios a serem enfrentados.

O PROJETO *SAÚDE & CIDADANIA*

A partir da constatação da necessidade de formar gerentes para o nível municipal, um conjunto de instituições articulou-se para desenvolver uma estratégia que pudesse dar uma resposta ao desafio.

Assim, o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), com o apoio político do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde, com o apoio financeiro do Banco Itaú, desenvolveram este projeto com os seguintes objetivos:

- Apoiar, com fundamento em ações, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Criar uma metodologia e organizar um conjunto de conhecimentos que possam ser aplicados amplamente no desenvolvimento de capacitação gerencial em gestão de ações e serviços de saúde prestados em municípios com mais de 50.000 habitantes.
- Colocar à disposição dos municípios brasileiros um conjunto de manuais dedicados à gestão local de serviços de saúde, tanto em forma de livros como em meio magnético e ainda por intermédio da Internet.
- Gerar a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade para interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor da saúde.

Mediante a organização e consolidação de um conjunto de conhecimentos já disponíveis, o projeto desenvolveu uma série de doze manuais que privilegia a área gerencial e que, além de reunir os conhecimentos existentes de cada tema específico, articula as experiências práticas de seus autores, gerando um produto final capaz de oferecer ao usuário um caminho para seu aprendizado de forma clara e acessível. Portanto, não se trata de um simples agrupamento de manuais e sim de um projeto educativo e de capacitação em serviço não tradicional, destinado a criar e fortalecer habilidades e conhecimentos gerenciais nos funcionários que ocupam postos de responsabilidade administrativa nos serviços locais de saúde.

Os manuais que compõem o projeto e seus respectivos autores são os seguintes:

1. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização* – Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Carlos Alberto Lisboa.
2. *Planejamento em Saúde* – Francisco Bernardini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios e José Henrique Germann Ferreira.
3. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde* – Ana Maria Malik e Laura Maria Cesar Schiesari.
4. *Gestão da Mudança Organizacional* – Marcos Kisil. Colaboração de Tânia Regina G. B. Pupo.
5. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde* – Gilson Caleman, Marizélia Leão Moreira e Maria Cecília Sanchez.
6. *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios* – André de Oliveira Carvalho e Maria Bernadete de Paula Eduardo.
7. *Vigilância em Saúde Pública* – Eliseu Alves Waldman. Colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa.
8. *Vigilância Sanitária* – Maria Bernadete de Paula Eduardo. Colaboração de Isaura Cristina Soares de Miranda.
9. *Gestão de Recursos Humanos* – Ana Maria Malik e José Carlos da Silva.
10. *Gestão de Recursos Financeiros* – Bernard François Couttolenc e Paola Zucchi.
11. *Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares* – Saide Jorge Calil e Marilda Solon Teixeira.
12. *Gestão de Recursos Materiais e Medicamentos* – Gonzalo Vecina Neto e Wilson Reinhardt Filho.

A METODOLOGIA UTILIZADA

Após a elaboração da primeira versão dos manuais, realizaram-se três módulos de treinamento com os cinco municípios indicados pelo CONASEMS (Diadema-SP, Betim-MG, Foz do Iguaçu-PR, Fortaleza-CE e Volta Redonda-RJ) com o objetivo de testá-los e expô-los à crítica.

A proposta de aplicação desenvolveu-se da seguinte forma:

- Módulo 1: apresentação pelo docente do material produzido e discussões em sala de aula, com a proposição de sua aplicação ao retornar para o campo.
- Módulo 2 (seis semanas após o primeiro): apresentação pelos alunos das dificuldades encontradas no campo e transformação da sala de aula em um espaço de consultoria e troca de experiências.
- Módulo 3 (seis semanas após o segundo): avaliação dos avanços obtidos, das limitações, dos conteúdos dos manuais e do processo como um todo.

Cada módulo de treinamento dos manuais 1, 2, 3 e 4 prolongou-se por quatro dias, contando com cerca de cinco participantes de cada município, de preferência do nível político-administrativo. Para os manuais operacionais (de 5 a 12), os treinamentos desenvolveram-se em módulos de três dias, com três participantes por município.

Na avaliação final, ficou claro que todo o processo foi extremamente positivo tanto para os participantes como para os autores, que puderam enriquecer os conteúdos dos manuais mediante a troca de experiências e a colaboração dos mais de cem profissionais que participaram dos seminários.

Também ficou evidenciado que, para o desenvolvimento futuro do projeto, o primeiro módulo (didático) é dispensável para o processo de aprendizado. Entretanto, é fundamental um momento de esclarecimento de dúvidas e de proposição de soluções para as dificuldades encontradas, principalmente se isso ocorrer em um espaço que permita troca de idéias com outras pessoas com experiências semelhantes.

O projeto *Saúde & Cidadania* propõe que, paralelamente ao uso dos manuais, seja utilizado o projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, para a capacitação de gerentes de unidades de baixa complexidade. O GERUS é um projeto desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde que pretende institucionalizar mudanças nos padrões de organização dos serviços, com o objetivo de adequá-los

à realidade de cada localidade ou região, e já está em uso em vários municípios do país.

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O material resultante do processo relatado pode ser utilizado diretamente pelas secretarias municipais da Saúde para a capacitação dos profissionais que ocupam postos de responsabilidade administrativa.

Eventualmente, a simples leitura dos manuais e a discussão entre seus pares poderão ser consideradas pelos gerentes como insuficientes para um melhor desempenho das atividades descritas, ou talvez haja a necessidade de um maior aprofundamento das questões levantadas. Nesse caso, o gestor municipal poderá solicitar ao Núcleo de Saúde Pública ligado à universidade mais próxima de seu município ou, se houver, à escola de formação da secretaria da Saúde de seu Estado, a realização de um período de treinamento (nos moldes do descrito no módulo 2), tendo como base o material oferecido pelo projeto *Saúde & Cidadania*. Como já foi mencionado, esse processo torna-se muito mais proveitoso quando possibilita a troca de experiências entre profissionais de diferentes municípios.

Uma outra proposta, ainda em fase de desenvolvimento, é a transformação dos manuais em hipertexto, tornando-os disponíveis em CD-ROM e em *site* na Internet, este último possibilitando inclusive a criação de *chats* para discussão de temas específicos e um diálogo direto com os autores.

Nesse entretempo, o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública deverá realizar reuniões com os núcleos de Saúde Coletiva que estiverem dispostos a formar monitores para o processo. Também poderá realizar treinamentos em municípios que os solicitarem. Para isso, devem entrar em contato com a Faculdade de Saúde Pública, por meio de carta, fax ou *e-mail*.

PERSPECTIVAS

A cultura organizacional do setor público brasileiro, em geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação.

O projeto *Saúde & Cidadania* oferece aos municípios um instrumental testado de formação de gerentes. O desafio agora é utilizá-lo, tendo sempre presente a perspectiva de que a transformação está em marcha e ainda há um longo caminho a ser percorrido no processo de implementação e viabilização do SUS.

GONZALO VECINA NETO

RAUL CUTAIT

VALÉRIA TERRA

Coordenadores do Projeto

SUMÁRIO

Siglas e abreviaturas	1
Introdução	3
Auditoria operacional	5
Processos administrativos	25
Auditoria analítica	39
Relatórios de supervisão	53
Ações básicas de saúde	55
Ambulatório de especialidades	71
Atendimento imediato – Pronto-Socorro (PS)	83
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT	93
Atendimento hospitalar	105
Programação de serviços de saúde	125
Referências bibliográficas	147
Os autores	149

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FCA	Ficha de Cadastro Ambulatorial
FCH	Ficha de Cadastro Hospitalar
FCOE	Ficha de Cadastro de Órgão Emissor
FCT.....	Ficha de Cadastro de Terceiros
FIDEPS.....	Fator de Incentivo de Desenvolvimento ao Ensino e Pesquisa Universitária
FMP	Ficha Cadastral de Mantenedora/Profissional
FPO	Ficha de Programação Físico-Orçamentária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IVE	Índice de Valorização de Emergência
MS.....	Ministério da Saúde
NOB.....	Norma Operacional Básica
OPM	Órtese, Prótese e Medicamento
PIES	Programa de Integração Ensino-Serviço
SADT.....	Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia
SCI	Sistema de Controle de Internação
SCV	Sistema de Central de Vagas
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TAB/SIA.....	Tabulações do SIA
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAL/SIA	Valores do SIA
VISA.....	Vigilância Sanitária



INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, apesar de não ter sido efetivada a descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil, alguns movimentos, desde as AIS, SUDS e SUS, e legislação especificada nas leis 8.080/90, 8.142/90, até as Normas Operacionais Básicas 01/91, 01/93 e 01/96, fizeram com que os municípios assumissem cada vez mais as ações de auditoria e supervisão de serviços de saúde, como podemos verificar no manual que trata do modelo assistencial.

Os modelos de gestão timidamente incorporados pela maioria dos municípios são os gerados pelo extinto INAMPS e pelas secretarias de Estado da Saúde. Evidentemente, não se podem descartar totalmente tais modelos; porém, sua operação é discutível, pois ela sempre ocorre de forma centralizada, fazendo com que sua eficiência e eficácia deixem muito a desejar. Historicamente, a gestão centralizada tem sido dominada pela burocracia e pelas necessidades dos prestadores de serviço e não pelas necessidades da população.

Até o momento, as diretrizes do Sistema Único de Saúde não foram implantadas em sua totalidade e, dentre elas, a descentralização é a estratégia fundamental para redefinir o papel do Estado nas funções públicas de normatizar, regular e garantir o acesso da população e controlar os serviços de saúde que permanecem sob sua gestão.

Para que efetivamente possamos contribuir com uma gerência competente, estamos apresentando a rotina de Auditoria Operacional, contemplando mecanismos e instrumentos de regulação, dentre eles a Central de Regulação, Ações de Controle, Roteiros de Supervisão de Serviços e Auditoria Analítica.

Os roteiros de supervisão de serviços encontram-se anexos e foram organizados pelo grau de complexidade das ações de saúde desenvolvidas em unidades de ações básicas de saúde, atendimento ambulatorial especializado e atendimento hospitalar, abrangendo as principais diretrizes propostas pelo modelo assistencial do SUS, sem descartar a obrigatoriedade prevista na norma técnica para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

No tema Auditoria Analítica propomos rotinas de identificação de indicadores quantitativos, que alertam da existência de distorções no acesso ao serviço de saúde ou no desenvolvimento de suas ações, complementado pela descrição das principais atividades da equipe técnica de assistência do gestor.

Finalmente, devemos ressaltar que o manual foi elaborado a partir de experiências e trabalhos desenvolvidos nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde.

AUDITORIA

O conceito de auditoria (*audit*) foi proposto por Lambeck em 1956 e tem como premissa a “avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente”.

As atividades da auditoria concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo definido.

A auditoria é um conjunto de atividades desenvolvidas tanto para controle – auditoria operacional – quanto para avaliação de aspectos específicos e do sistema – auditoria analítica.

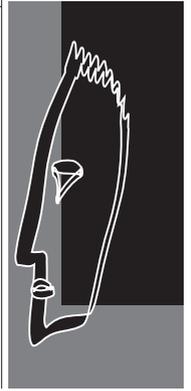
Auditoria operacional

Consiste na realização de atividades voltadas para controle das ações desenvolvidas pela rede de serviços do Distrito Sanitário.

Concentra-se nas condições da rede física, nos mecanismos de regulação e no desenvolvimento das ações de saúde.

Auditoria analítica

Baseia-se no desenvolvimento de atividades que têm por objetivo aprofundar as análises de aspectos específicos do sistema de saúde do Distrito Sanitário, ou seja, é voltada para a avaliação quantitativa, inferindo, em algumas situações, a qualidade das ações de saúde do Distrito Sanitário.



AUDITORIA OPERACIONAL

LOCUS DE AÇÃO

O Sistema Nacional de Auditoria foi criado pela Lei nº 8.689 de 7 de março de 1993, artigo 6º, e regulamentado pelo Decreto-Lei nº 1.651 de 28 de setembro 1995. Tanto a lei como o decreto tiveram um processo de discussão intensa entre as três esferas de governo, a fim de preservar ao máximo os preceitos contidos nas leis 8.080/90 e 8.142/90 e na Constituição Federal.

A operação do sistema de auditoria deve ocorrer descentralizadamente, com definição das competências de cada esfera de governo.

O Decreto nº 1.651/94 definiu que as atividades de auditoria ficam a cargo do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

O sistema é integrado por uma Comissão Corregedora Tripartite, composta pela direção nacional do SUS, representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde.

Cabe a cada nível de governo as seguintes competências, para atividades de auditoria:

Nível federal

- a.** aplicação dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante análise dos relatórios de gestão;
 - b.** as ações e serviços de saúde de abrangência nacional;
 - c.** os serviços de saúde sob sua gestão;
 - d.** os sistemas estaduais de saúde;
 - e.** as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria.
-

Nível estadual

- a.** aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios;
- b.** as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
- c.** os serviços de saúde sob sua gestão;
- d.** os serviços municipais e os consórcios intermunicipais de saúde;
- e.** as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.

Nível municipal

- a.** as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- b.** os serviços de saúde sob sua gestão (públicos e privados);
- c.** as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual o município esteja associado.

À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

- a.** zelar pelo funcionamento harmônico e ordenado do Sistema Nacional de Auditoria;
- b.** identificar distorções;
- c.** resolver impasses;
- d.** requerer aos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias e irregularidades;
- e.** aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual, em estados e municípios.

É fundamental, no desenvolvimento das ações de auditoria por nível de gestão, a colaboração estreita entre os níveis.

O gestor do Distrito Sanitário e o gestor municipal são os principais responsáveis pela realização das atividades de auditoria, visto que a maior parte é dirigida aos serviços de saúde. Nesse sentido, há atuação em parceria com os níveis do Sistema Nacional de Auditoria Estadual e Federal.

A participação dos níveis estadual e federal nas auditorias de serviço no Distrito Sanitário e município somente poderá ocorrer por solicitação do gestor local, a não ser que alguma situação excepcional justifique tal ação, desde que autorizada pela Comissão Corregedora, como determina o Decreto nº 1.651/95.

I – MECANISMOS E INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO

Com a descentralização da gestão dos serviços de saúde, torna-se imperativo o estabelecimento de instrumentos gerenciais e técnico-científicos, entre os quais a Central de Regulação e Protocolos, que permitam responder adequadamente às necessidades de saúde da população, gerindo a oferta de serviços e agilizando o acesso da clientela, contribuindo assim com a organização do sistema e a implantação efetiva da sua regionalização e hierarquização.

A. Central de Regulação

A regulação da oferta de serviços é um desses instrumentos, pois permite a utilização racional dos serviços, fazendo com que os distritos assumam seu papel de gestor no sistema.

A abrangência da Central de Regulação deve contemplar:

- ações e serviços existentes no distrito;
- ações e serviços existentes em outros distritos.

A complexidade das ações que devem estar sob o controle da central é decisão do gestor do distrito, e deve ter como princípios:

- a. se a oferta de serviços é menor que a demanda da clientela, é necessário o controle, a fim de garantir o acesso do cliente de maneira racional, bloqueando-se a utilização inadequada dos serviços;
- b. se a oferta de serviços é maior que a necessidade da clientela, é necessário controle, a fim de não haver excesso de utilização das ações de saúde (como se sabe, a oferta excessiva, principalmente de procedimentos de alta complexidade, gera superutilização dos recursos diagnósticos e terapêuticos).

Funções

A Central de Regulação tem as seguintes funções:

- a. orientar o encaminhamento dos pacientes da área de abrangência do Distrito Sanitário para consulta de especialidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares;
 - b. controlar o encaminhamento de pacientes para serviços fora da área de abrangência do distrito, que constem da Programação Pactuada Integrada;
 - c. controlar e disponibilizar os leitos vagos (públicos e conveniados/contratados) para internações referenciadas de urgência, emergência e eletivas;
 - d. agendar, através de controle próprio, consultas de especialidades e SADT para as unidades requisitantes;
 - e. elaborar relatórios para acompanhamento gerencial dos gestores;
-

- f. atualizar os dados cadastrais da unidade prestadora e subsidiar o gestor nas alterações de oferta de serviços, quando necessário.

Operacionalização

A partir do cadastro de serviços e da Programação Pactuada Integrada estabelecida pela NOB 01/96, o gestor do Sistema Único de Saúde ou grupo de gestores, devem estabelecer com os prestadores de serviços de saúde a quantidade de leitos, o número de consultas de especialidades, tipo de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que estarão sob o controle da Central de Regulação, e os protocolos que serão utilizados para referência dos pacientes.

Para efeito de controle dos encaminhamentos, as unidades devem ser divididas em:

1. Unidades requisitantes:

São consideradas unidades requisitantes junto à Central de Regulação:

- unidades básicas de saúde da área de referência;
- ambulatórios de especialidades da área de referência;
- centrais de regulação de outros municípios e regiões (autorizados);
- hospitais públicos e privados de menor complexidade.

As unidades requisitantes deverão ter senha de acesso à central, fornecida pelo gestor. O acesso à central deve ser feito por telefone.

2. Unidades prestadoras:

São consideradas unidades prestadoras todos os serviços públicos e privados localizados dentro e fora da área de abrangência que mantenham vínculo formal com o SUS e que prestem serviços na área de consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares.

As consultas de especialidades devem estar sob o controle da central (vide fluxo página 11).

A avaliação do grau de utilização das consultas (falta de paciente, consultas não agendadas, motivo de encaminhamento) deve ser realizada de maneira periódica, a fim de retroalimentar o sistema.

A unidade requisitante, ao acionar a Central de Regulação para internação hospitalar, deve informar:

- código de acesso da unidade;
- caracterização da internação: especialidade
faixa etária
sexo
nome completo do paciente
endereço
nome do médico e CRM;

- tempo provável de deslocamento do paciente;
- hipótese diagnóstica.

A solicitação da internação deve ser feita obrigatoriamente por profissional de nível superior (médico, enfermeira ou assistente social, com preferência para o primeiro), com dados clínicos os mais completos possíveis.

Ao encaminhar o paciente ao hospital indicado pela central, deverá ser preenchido o laudo de solicitação de internação (anexo), devidamente preenchido, com descrição detalhada do quadro clínico, evolução e conduta dispensada, assinada e carimbada pelo médico solicitante, principalmente nos casos de emergência médica.

Nos casos de internação em UTI, o médico da unidade requisitante, em havendo vaga disponibilizada pela Central de Regulação, deve entrar em contato com o médico da unidade prestadora.

Nas internações eletivas, a unidade requisitante deve informar a patologia, o tipo de cirurgia a ser realizada e o dia programado para a sua realização.

Se houver suspensão do encaminhamento, a unidade requisitante deve informar imediatamente a Central de Regulação, esclarecendo o motivo.

Se a unidade prestadora recusar a internação, a central deve comunicar imediatamente o fato ao gestor (Secretaria Municipal da Saúde) da sede do prestador.

As unidades prestadoras devem encaminhar diariamente relatórios de alta dos pacientes, contendo nome do paciente, número do leito, data da alta e motivo da alta. Esse relatório alimentará o programa da central, contabilizando os leitos ocupados e disponíveis.

No caso de mudança de procedimento, a unidade deve informar a central, que autorizará ou não tal mudança.

A partir do cadastro da Programação Pactuada Integrada e das portarias do Ministério da Saúde que normatizam os exames de alta complexidade, o gestor deve estabelecer os serviços que serão oferecidos pelas unidades prestadoras da área de abrangência e os serviços a serem utilizados de outra região de saúde, ou seja, é necessário o estabelecimento de negociação entre os gestores para definir o tipo e a quantidade de exames/terapias oferecidos.

O agendamento prévio deve se restringir aos procedimentos que exigem preparo anterior e/ou de alta complexidade, entre eles:

- Imagenologia: Raio X contrastado
Exames especializados
Ultra-som
Tomografia computadorizada
Radiologia digital
Ressonância magnética
Densitometria
Mamografia
Neurorradiologia
-

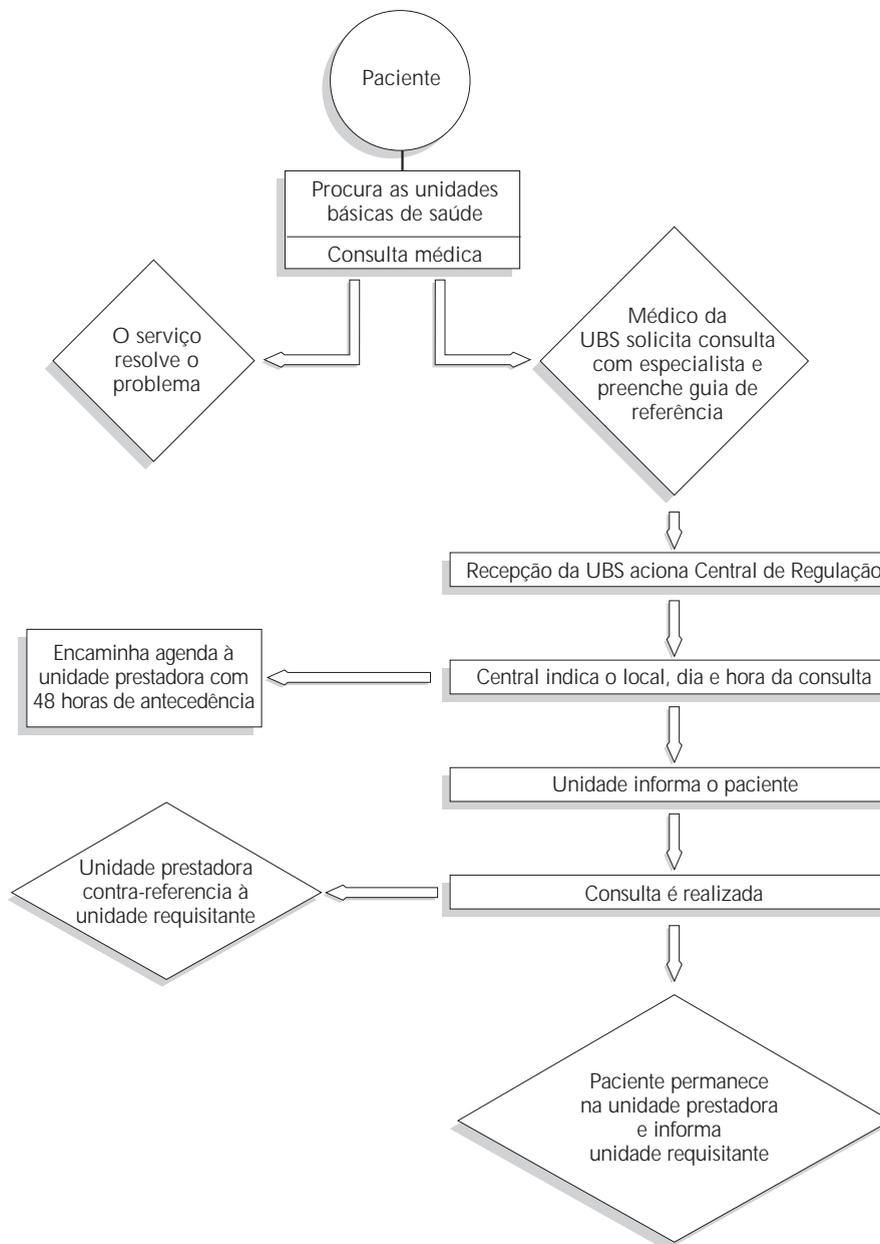
- Medicina Nuclear *in vitro* e *in vivo*
- Métodos gráficos: EEG
 - Ergometria
 - Holter
 - Espirometria
- Endoscopia: Digestiva (*per oral*)
 - Broncoscópica
 - Urológica
- Hemodinâmica
- Ecocardiografia
- Audiometria
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Histocompatibilidade
- Genética médica
- Fisioterapia
- Órtese/prótese
- Medicamentos excepcionais

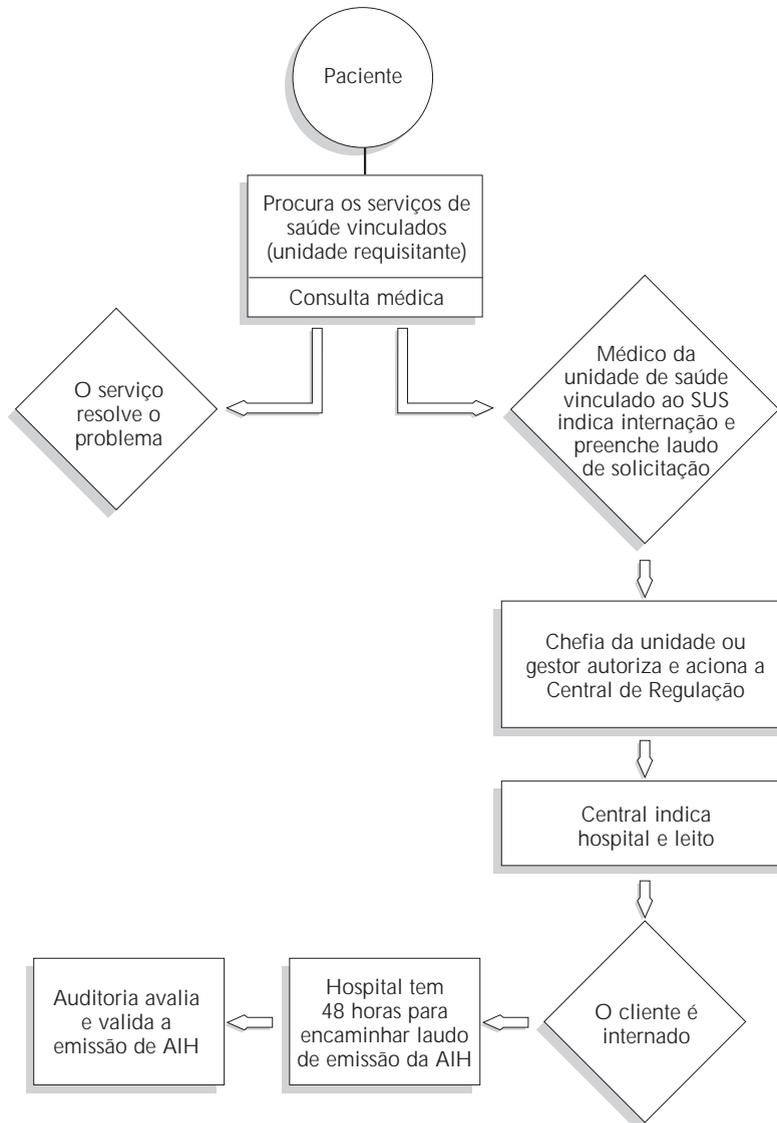
É importante definir que as unidades requisitantes serão autorizadas a solicitar os procedimentos citados acima.

O gestor deve estabelecer as quantidades oferecidas para cada tipo de serviço de diagnóstico ou terapêutico.

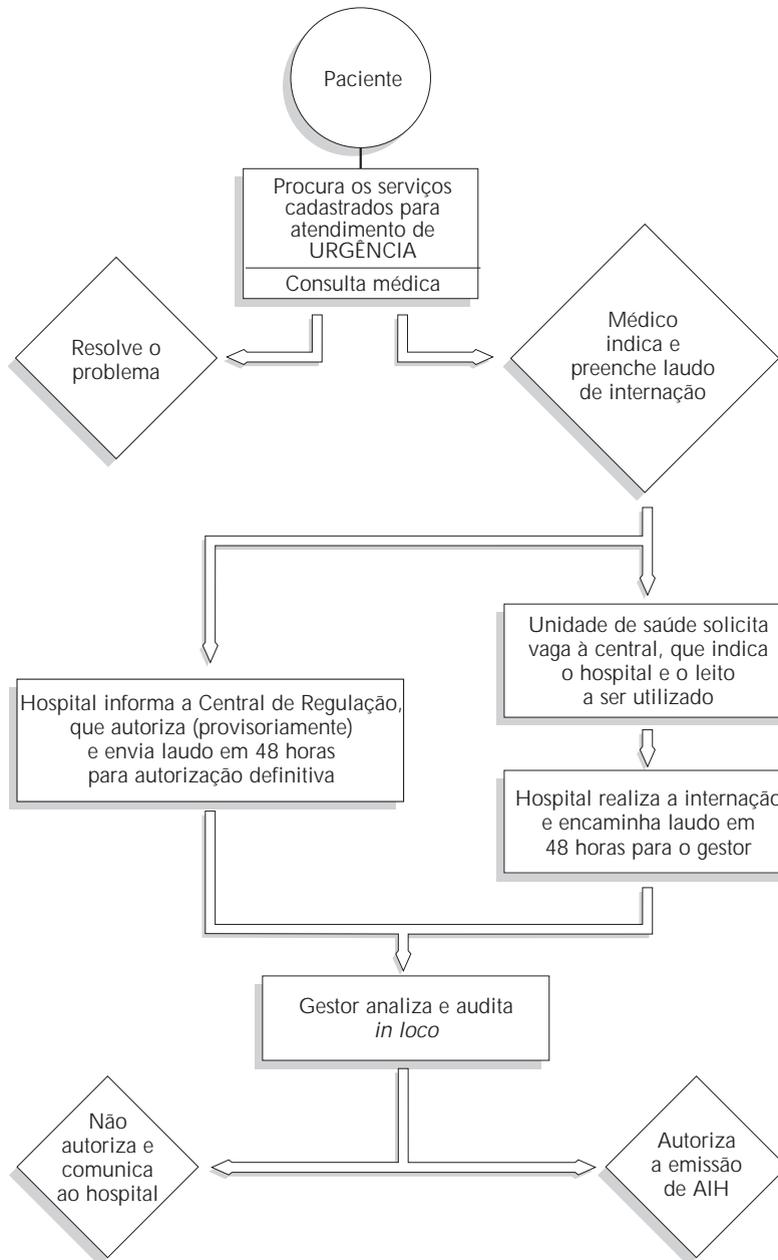
O funcionamento da central deverá ocorrer mediante os fluxos estabelecidos (a seguir) para as diversas ações de saúde.

Fluxo para agendamento de consultas de especialidades

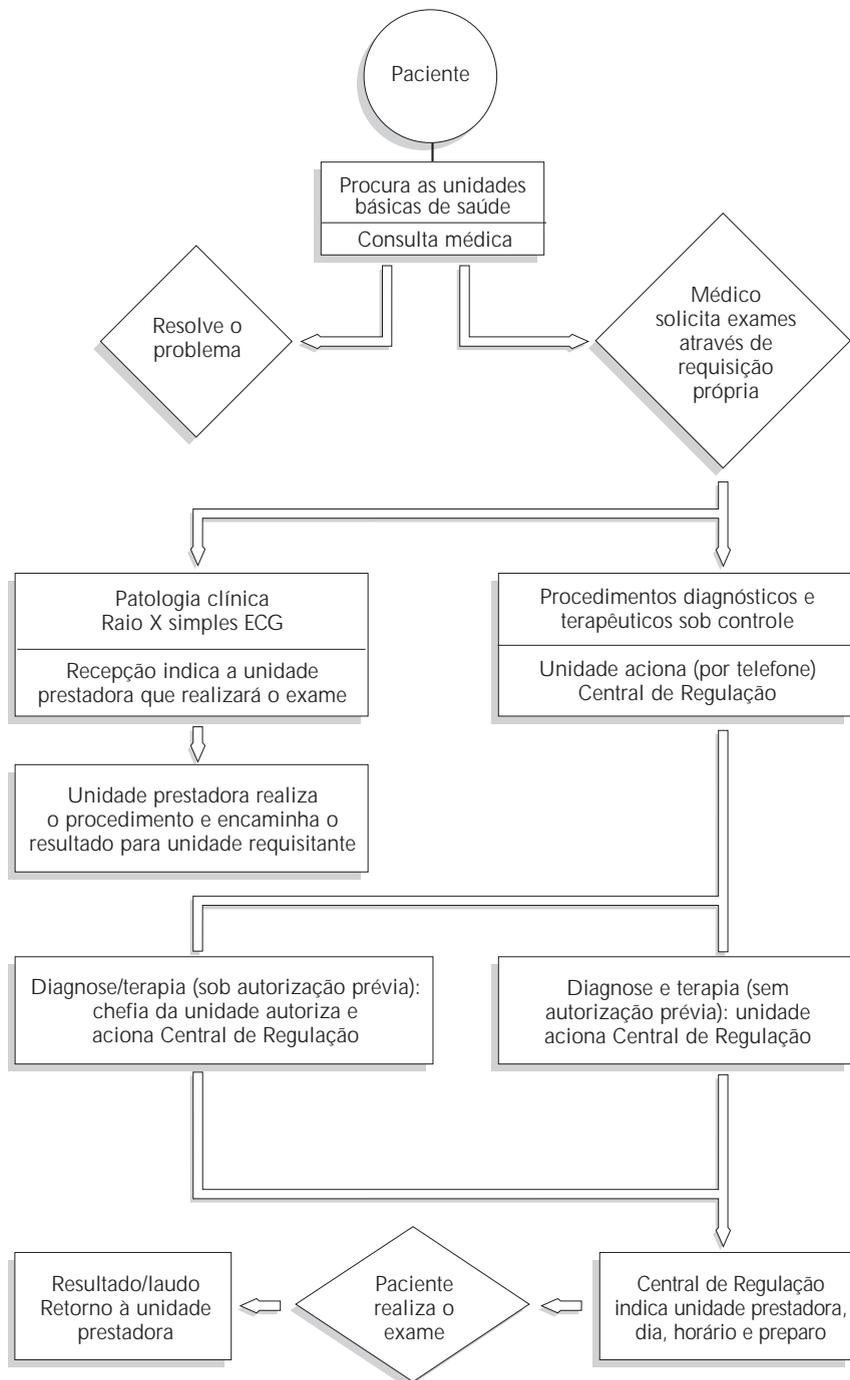


Fluxo de internações eletivas

Fluxo para internação de urgência e emergência



Fluxo para Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia



Estrutura

O tamanho da Central de Regulação precisa estar adequado à realidade do distrito. Os recursos materiais e humanos apresentados devem ser considerados como ponto de referência. O gestor tem de adequar a central aos recursos disponíveis no distrito:

1. *Recursos materiais:*

- Área física compatível com as atividades desenvolvidas
- PABX, modelo CPC44
- Linhas telefônicas
- Fax simples
- Microcomputadores interligados em rede ou não
- Impressoras

2. *Recursos humanos:*

Os recursos humanos utilizados devem ser capacitados de acordo com o modelo assistencial e para a operação do sistema.

- Médicos: 40 horas semanais
- Oficiais administrativos

Principais atribuições

1. *Oficial administrativo* (com responsabilidade administrativa):

- atende às solicitações das unidades requisitantes;
- agenda as consultas de especialidades e SADT;
- disponibiliza leitos para as internações solicitadas (eletivas);
- aciona supervisor quando das internações de urgência/emergência;
- notifica o supervisor a respeito de dúvidas ou de eventuais intercorrências.

2. *Supervisor:*

- coordena a Central de Regulação;
 - estabelece contato com as unidades prestadoras e requisitantes para superação de dificuldades;
 - elabora relatórios gerenciais para os gestores;
 - aciona gestor quando ocorre negativa da unidade prestadora ou demanda reprimida;
 - aciona auditoria operacional;
 - avalia qualidade de funcionamento do sistema.
-

Horário de funcionamento

Idealmente, a Central de Regulação deve funcionar 24 horas por dia devido à possibilidade da ocorrência de internações de urgência/emergência, que atualmente constitui nó crítico do sistema.

No entanto, o funcionamento pode variar de 8 a 24 horas, de acordo com os recursos disponíveis. Quando o funcionamento for parcial, de 8 a 12 horas, é necessário estabelecer parceria com a unidade prestadora, a fim de que ela atue no controle dos quantitativos de ações disponíveis, retornando a informação à central para atualização dos dados.

B. Protocolo técnico (clínico)

O protocolo técnico é instrumento normativo do processo de atenção à saúde e tem como funções:

- a promoção da qualidade técnica da atenção nos diversos níveis do sistema;
- a utilização racional dos recursos de diagnose e terapia disponíveis;
- a sistematização dos mecanismos de referência e contra-referência da clientela.

Os protocolos devem ser utilizados para a tomada de decisões e indicar passos adequados para o diagnóstico, terapia específica e prevenção de complicações de enfermidades ou anomalias específicas, ou seja, devem proporcionar um plano detalhado para o acompanhamento dos pacientes com diagnósticos específicos: processos, prazos, responsabilidades desde a admissão do paciente até a alta. Os aspectos a serem levados em conta na elaboração e aplicação são tempo, custo e recursos disponíveis.

Existem várias publicações que contêm protocolos das diversas áreas de atenção. O mais utilizado e completo é da Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR); as versões mais utilizadas são o “Clinical Practice Guideline” e “Quick Reference Guide for Clinicals”. O endereço na Internet da AHCPR é <http://www.ahcpr.gov>.

II – AÇÕES DE CONTROLE

Atividades básicas

- Analisar e auditar *in loco* as solicitações de internações.
 - Autorizar a emissão da AIH.
 - Autorizar, previamente, a realização de cirurgias eletivas.
 - Autorizar realização de exames de alta complexidade (APAC).
 - Analisar os relatórios de saída do sistema ambulatorial e de internação (SIA e SIH/SUS).
-

- Vistoriar os serviços em conjunto com a Vigilância Sanitária.
- Controlar o cumprimento das normas sobre as atividades de prestação de serviços pelas unidades de saúde, emanadas do MS, SES e Secretaria Municipal da Saúde.
- Acolher denúncias de usuários, prestadores, gestores ou profissionais de saúde.
- Analisar e auditar os atendimentos individuais de ambulatório e SADT.
- Acionar a realização de auditoria analítica a partir da detecção de distorções ou problemas específicos.

Instrumentos para auditoria operacional

- Programação Pactuada Integrada do Distrito Sanitário.
- Contratos e convênios com a rede prestadora de serviços.
- Manuais do SIH e SIA/SUS e de auditoria do MS e secretarias estadual e municipal da Saúde.
- Portarias ministeriais, da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde, que regulam a prestação de serviços.
- Prontuários dos pacientes.
- Sistema de Informação em Saúde.

Roteiro da auditoria operacional

Objetivo

O roteiro de auditoria operacional tem como objetivo sistematizar as ações de controle dos atendimentos realizados pelas unidades prestadoras.

Ambulatório e SADT

As atividades de auditoria operacional devem ser alimentadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais e seus aplicativos, dentre os quais:

- Relatórios do SIA/SUS;
 - Ficha de atendimento ambulatorial;
 - TAB/SIA;
 - VAL/SIA;
 - Requisições e laudos de exames especializados;
 - APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade).
-

Dentre os relatórios emitidos pelo sistema, devem ser utilizados mais frequentemente:

- a.** Relatório da situação cadastral da unidade:
 - Possibilita a avaliação da compatibilidade entre capacidade operacional e programação físico/orçamentária, estabelecida para as unidades.
- b.** Boletim de produção ambulatorial e relatório da situação de produção:
 - Registra todos os procedimentos realizados pela unidade.
 - O relatório da situação de produção indica os procedimentos rejeitados.
- c.** Relatório de créditos bancários:
 - Indica os valores creditados na conta corrente de cada prestador.
- d.** TAB/SIA:
 - Apura as quantidades e valores de procedimentos apresentados pelos prestadores.
 - Pode ser agregado por município, estado ou regiões de saúde.
- e.** VAL/SIA:
 - Informa os valores creditados aos prestadores por item de programação e tipo de prestador, além da pesquisa de dados cadastrais.

A auditoria operacional em ambulatório deve concentrar-se nos procedimentos que mais ocorreram no sistema, entre eles os de alto custo e alta complexidade, a fim de ajustar sua capacidade de oferta às necessidades da clientela do Distrito Sanitário. Eis alguns deles:

- Urgência/emergência
 - Cirurgias ambulatoriais
 - Medicina Nuclear *in vitro* e *in vivo*
 - Diálise
 - Tomografia
 - Hemoterapia
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
-

- Órtese e prótese
- Medicamentos de uso contínuo (alto custo)
- Internação hospitalar

As análises devem ser feitas *in loco* e, se possível, de todas as internações hospitalares ou no mínimo 50% delas.

Análise de prontuário

Segundo orientação do Conselho Federal de Medicina, o prontuário não pode ser retirado da unidade.

Documentos

1. Laudo de solicitação da AIH:
 - Confrontar o procedimento solicitado e o procedimento autorizado com o procedimento realizado. Em caso de mudança de procedimento, verificar se ele foi autorizado.
 2. História clínica.
 3. Avaliar a compatibilidade entre o procedimento realizado e a anamnese, exame físico e SADT constantes do prontuário.
 4. Prescrição médica:
 - Medicamentos prescritos devem ser compatíveis com o diagnóstico.
 5. Evolução:
 - Deve ser diária.
 6. Evolução de enfermagem:
 - Analisar cuidados de enfermagem e anotações correspondentes no prontuário.
 7. Descrição cirúrgica:
 - Analisar compatibilidade da descrição com o procedimento solicitado/autorizado/realizado.
 8. Ficha de anestesia:
 - Analisar o tempo de duração do ato.
 9. Ficha obstétrica:
 - Analisar informação sobre o tipo de parto e indicações.
 10. Procedimentos especiais e órteses/próteses:
 - Analisar se o realizado está compatível com o procedimento autorizado.
-

Supervisão in loco de serviços de saúde

Supervisão, do inglês “supervision”, significa “orientar, inspecionar”, quer dizer “observar com grande atenção”.

As atividades de supervisão são indicadas quando houver cadastramento de serviços novos, frente a análises operacionais de rotina ou mesmo às de conteúdo analítico que apontem distorções de ordem técnico-administrativas, frente a denúncias, ou mesmo quando fazem parte da rotina da equipe técnica de auditoria.

As visitas de supervisão buscam dar maior conhecimento da realidade institucional que se analisa, subsidiando mais concretamente a tomada de decisões pelo gestor.

É possível encontrar vários formatos de relatórios e protocolos que subsidiam uma supervisão de equipamentos de saúde, sejam eles quais forem. Porém, ou são muito complexos ou mais simples e nem sempre conseguem reunir sucintamente, e no mesmo formato, os vários aspectos que um gestor precisa acessar. Os cinco relatórios aqui apresentados tentam dar conta dessas questões levantadas.

Relatórios de supervisão

- Serviços de ações básicas de saúde
- Ambulatórios de especialidades
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- Pronto-socorro
- Atendimento hospitalar

A depender da complexidade do sistema de saúde existente, todos ou apenas um módulo poderá ser utilizado. Para melhor desempenho das atividades de avaliação, controle e auditoria de unidades de saúde, sejam de gerência própria e/ou conveniadas e contratadas, indicamos a seqüência de atividades abaixo relacionadas:

1. Compilar e analisar as informações conhecidas ou previamente solicitadas à visita de supervisão. É interessante estabelecer comparações entre relatórios e resultados de supervisões anteriores.
 2. Antes da visita, definir claramente o papel e a divisão de tarefas entre os componentes da equipe. Recomenda-se que haja um coordenador que represente institucionalmente o gestor.
 3. Sempre que possível, compor equipes com pelo menos um médico e profissionais das áreas de planejamento, auditoria e controle, vigilância sanitária e finanças.
-

4. É interessante que o grupo apresente-se previamente à direção da unidade ou instituição e solicite a indicação de um profissional gabaritado para acompanhar a visita.
5. É recomendável a utilização de planta física para verificação de fluxos/localizações e mapear a carga de quem estão as responsabilidades gerenciais dos setores, tanto administrativa quanto tecnicamente.
6. É interessante que a equipe de supervisão observe a dinâmica e o funcionamento habituais e não aqueles “acertados” para recebê-los.
7. Se possível, anexar a impressão dos usuários relativa ao atendimento recebido.

Os roteiros visam fornecer um diagnóstico da unidade supervisionada, relativos à:

1. *Estrutura física*: distribuição e destinação dos espaços físicos internos, fluxos e condições das instalações. Se não forem adequadas e interferirem nos resultados das atividades executadas, a equipe deverá recomendar reformas, adaptações, ampliações ou até mesmo mudança de local. Este item baseia-se, fundamentalmente, na Portaria MS 1.884/94.

2. *Recursos humanos*: quantidade disponível para comparação com parâmetros existentes; qualificação profissional; existência de rotinas, protocolos que normatizem as atividades como facilitadores e difusores das tarefas a serem executadas; distribuição das atividades e compreensão da inserção do trabalho individual no conjunto, e o papel desempenhado pela unidade. Se inadequadas, essas condições interferem diretamente no resultado esperado. A equipe de supervisão deverá apontá-las, propondo contratações, treinamentos, remanejamentos e redistribuição de atividades.

3. *Equipamentos*: listagem por setor, condições de uso e manutenção relacionados às atividades-fim (diretamente ao paciente, como raio X, ultra-som, EEG, ECG, etc.) ou atividades-meio (equipamentos de lavanderia, nutrição e dietética, etc.). A equipe apontará os equipamentos que necessitam de manutenção, de remanejamento, quando subutilizados, ou a compra de novos equipamentos.

4. *Produção e inserção do serviço no sistema de referência e contra-referência*: quantidades disponibilizadas ao SUS de consultas, exames subsidiários e internações. Indicadores gerais, como cobertura vacinal, desempenho hospitalar, perfil de patologias atendidas, atividades realizadas pelos diversos profissionais, procedência dos pacientes. Busca-se traçar um perfil da demanda atendida, do serviço ofertado, patologias mais frequentes que, eventualmente, mereçam um programa diferenciado para, com os demais itens, compor uma melhor qualificação do serviço avaliado.

5. *Qualidade do atendimento*: através da avaliação indireta de prontuários e, diretamente, através do questionamento aos usuários.

Os relatórios centram-se mais em atividades-fim, relacionadas diretamente aos pacientes, apontando apenas estrangulamentos em atividades-meio que possam comprometer os resultados da primeira.

O perfil dado para ordenar as questões dos relatórios foi o de possibilitar uma seqüência que “explorasse” os diversos aspectos de um mesmo setor analisado, na idéia de um *mix* que forneça um retrato dinâmico do observado pela equipe de supervisão.

Como esses relatórios pretendem subsidiar a tomada de decisões frente ao diagnóstico da unidade, sugerimos que seja formado um relatório-síntese que aponte:

1. Os problemas encontrados priorizados.
 2. Que a seleção de priorizações se dê de acordo com o risco que causam aos usuários e funcionários, se não resolvidos.
 3. Unidades sob gerência do gestor:
 - problemas cuja solução não tenha custos ou apresente um baixo custo;
 - problemas cuja solução envolva maiores montantes de recursos financeiros.
 4. Unidades conveniadas/contratadas:
 - indicar ajustes que possibilitem a modificação dos problemas apontados e que, portanto, mantenham o credenciamento no SUS;
 - os problemas detectados são de difícil solução ou insolúveis, colocando em risco os usuários e funcionários, e, portanto, aponta-se o descredenciamento do SUS.
-

MODELO DE RELATÓRIO – SÍNTESE

- Serviços de gerência própria
- Serviços conveniados/contratados

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OPERAÇÕES PROPOSTAS	CUSTOS R\$
--------------------------	------------------------	---------------

Estrutura física

Recursos humanos

Equipamentos

Produção
Sistema de referência e
contra-referência

Qualidade
do atendimento



PROCESSOS ADMINISTRATIVOS¹

Doraci Maganha Cardoso

FORMAS DE PROCEDIMENTOS APURATÓRIOS DE RESPONSABILIDADE

Sindicância e processo administrativo

Instaura-se sindicância ou processo administrativo a fim de apurar ação ou omissão de pessoa física ou jurídica (por seus representantes), puníveis disciplinarmente pela inexecução total ou parcial do contrato, o não-cumprimento de cláusulas contratuais, o cumprimento irregular de cláusulas contratuais, a lentidão do seu cumprimento, o desatendimento das determinações regulares das autoridades do SUS, dentre outras causas.

O processo administrativo é de compulsória realização quando, dada a gravidade do ilícito imputado, a pessoa física ou jurídica for passível de descadastramento ou rescisão contratual, independentemente de eventuais incursões nos Códigos de Ética e Penal, cujos feitos deverão correr igualmente no conselho respectivo e na esfera policial.

Já a sindicância, sendo também um procedimento de apuração de responsabilidade, é, todavia, menos formal, pois será instaurada quando não houver elementos suficientes para se concluir pela existência da falta ou de sua autoria.

Portanto, o objetivo básico da sindicância é apontar a materialidade de um fato considerado delituoso e identificar o seu agente.

É essencial consignar que a solução de sindicância seja encarada como forma completa de apuração de atos e de autoria, seja de arquivamento pela inexistência de delito e de autores, seja de conseqüente aplicação de penalidade, se for o caso.

1. *Esclarecimento*: este trabalho decorre dos estudos do Direito Disciplinar e da experiência adquirida nas áreas de assessoramento técnico-administrativo, jurídico, e da colaboração às autoridades de diversas instâncias, como servidora da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Ação pelo critério da verdade sabida

É dispensável a sindicância quando a autoridade competente para a imposição de penalidades puder agir pelo critério da verdade sabida, nos casos em que o servidor ou pessoa jurídica (por seus representantes) for apanhado em flagrante na prática de irregularidades.

Entende-se por verdade sabida o conhecimento pessoal e direto de falta por parte da autoridade competente para aplicar a pena.

Nas hipóteses aqui previstas, a autoridade que flagra deverá lavrar auto circunstanciado acerca da ocorrência, assinado por duas testemunhas, tomando a termo, na mesma oportunidade, o depoimento pessoal do acusado, que valerá não só como depoimento pessoal do acusado em audiência, mas também como autêntica e verdadeira transcrição de defesa oral.

Esse ato dará por cumprido o princípio de que ninguém pode ser acusado sem ser ouvido, nem ser condenado sem defender-se.

PROCEDIMENTOS

1. *Recebida a denúncia escrita*, veiculada pela imprensa, ou tendo tomado conhecimento da ocorrência, a autoridade manda lavrar o respectivo termo. Esse documento (denúncia, recorte de jornal, ou termo) constituirá a peça inicial do feito, que deverá ser autuada e protocolada.

2. *A autoridade designará*, por escrito, no próprio expediente, *comissão de funcionários* (um, dois ou três), sendo que o presidente será de categoria nunca inferior à do acusado, quando se tratar de servidor, mediante *despacho*:

Designo os Srs. (...) e (...) para, sob presidência do primeiro, constituírem a Comissão encarregada da apuração dos fatos relatados na inicial do presente,

[data]

[assinatura]

3. A comissão, recebendo o processo, lavrará o *termo de início*:

Termo de início

A presente Comissão, instituída pelo (diretor, chefe, secretário, etc.) do (nome do órgão), dá início, através deste, ao processo nº (...), onde se acha indiciado o Sr. (...), RG (...), (cargo), desta unidade, decidindo, preliminarmente, agendar as oitivas das pessoas tais, ou efetuar tais diligências (...)

Do que, para os devidos efeitos, principalmente para o da contagem de prazos, foi lavrado o presente termo, que vai devidamente assinado pelos componentes da comissão.

[localidade/data]

[assinatura]

[nome]

presidente

[assinatura]

[nome]

membro

[assinatura]

[nome]

membro

4. Em seguida, o *presidente da comissão expedirá notificação* ao denunciante, ao acusado e às testemunhas para se apresentarem para depoimento:

Notificação	
Ilmo. Sr. (...) [Localidade]	
<p>Com a presente notificamos que no dia (...), às (...) horas, deverá Vossa Senhoria comparecer ao centro de (...), para depor perante a Comissão de Sindicância, a fim de apurar fatos constantes do processo nº (...)</p>	
[assinatura] [nome] Presidente da Comissão de Sindicância	
Ciente [data]	
[assinatura] [nome]	

Nota: elaborar em duas vias – a primeira é entregue ao notificado e a segunda, depois de assinado o recebimento, é colocada no processo.

5. No dia e hora aprazados serão os notificados ouvidos (primeiro, o denunciante; segundo, o acusado; terceiro, testemunhas da comissão, e, quarto, testemunhas do acusado), e no ato, será lavrado *o termo de depoimento*:

Termo de depoimento			
Aos (...) dias do mês de (...) do ano de um mil, novecentos e (...), compareceu ao (sede da comissão), convocado que foi o Sr. (...), (qualificação), para depor perante a comissão que apura os fatos constantes do processo nº (...), que disse o seguinte: (respostas às perguntas do presidente da comissão) (.....), nada mais disse e nem lhe foi perguntado; lido e achado conforme foi assinado por todos os presentes.			
[assinatura]	[assinatura]	[assinatura]	[assinatura]
[nome]	[nome]	[nome]	[nome]
depoente	presidente	membro	membro

6. Durante os depoimentos poderão surgir novas testemunhas e, se for o caso, poderá o presidente notificá-las para depor (vide modelo no item 4).

7. Poderá o presidente da comissão efetuar juntada de provas documentais ou solicitar apresentação de cópias para esse efeito.

8. Ainda, para elucidação de contraditórios, poderá a comissão efetuar acareação entre acusado e denunciante ou entre esses e testemunhas, da qual também se lavrará o respectivo termo:

Acareação é a ação de acarear. Acarear: “Pôr cara a cara; pôr em presença umas das outras (testemunhas), cujos depoimentos ou declarações não são concordes”.

Notificação para acareação

Ilmo. Sr.
(...)
[Localidade]

Tendo sido notada divergência entre o depoimento de Vossa Senhoria e o do Sr. (...), nos autos do processo instaurado, de (data do depoimento) e de (data do depoimento), respectivamente, constante do processo nº (...), convido-o, de ordem do Sr. Presidente da Comissão de Sindicância, para as (...) horas do dia (...), comparecer ao (sede da comissão), a fim de ser acareado com o depoente mencionado.

[localidade/data]

[assinatura]
[nome]
Secretário da Comissão de Sindicância

Ciente
[data]

[assinatura]
[nome]

Nota: duas vias, sendo a primeira para o citado e a segunda, após assinada, para o processo.

9. Esgotados os depoimentos e juntadas de documentos, o presidente da comissão abre vistas do processo ao indiciado, para apresentação de defesa, mediante termo:

Termo final de vista

Nesta data, abre-se vista de todo o conteúdo do processo n° (...), em que se acha indiciado o Sr. (...), para que o mesmo apresente, dentro do prazo de 10 (dez) dias, a partir do ciente, a sua defesa final e escrita.

[Localidade/data]

[assinatura]
[nome]
Presidente da Comissão de Sindicância

Ciente
[data]

[assinatura]
[nome]

10. Findo o prazo de defesa, a comissão apresentará seu relatório, do qual constarão, em relação ao indiciado, as irregularidades de que foi acusado, as provas colhidas e as razões de defesa, propondo, então, a absolvição ou a punição e indicando, neste caso, a pena que couber. Deverá, a comissão, também sugerir quaisquer outras providências que lhe parecerem de interesse do serviço público.

Relatório

A Comissão de Sindicância designada por Vossa Senhoria para apurar os fatos relatados no processo nº (...) vem por este instrumento apresentar o respectivo relatório, após ouvir testemunhas, acarear as partes e juntar os documentos de fls. (...).

continuação da página anterior

Do que foi possível a esta comissão apurar, verifica-se:

- que (...)
- que (...)
- que (...)

De todo o exposto, esta comissão conclui pela procedência da denúncia feita contra o (...), uma vez que o mesmo infringiu o disposto nos artigos (...), cabendo a aplicação da pena de (...), prevista no artigo (...).

ou:

...esta comissão conclui pela improcedência de denúncia feita contra (...), uma vez que não ficou consubstanciada qualquer infração aos dispositivos legais, podendo os autos serem arquivados.

ou:

...esta comissão conclui pela procedência de denúncia feita contra (...), uma vez que ficou configurada a infração dos artigos (...), cabendo a aplicação da pena de (advertência, multa, suspensão, descadastramento, rescisão contratual, etc.) prevista no artigo (...), cuja competência é de (...) (se a autoridade instauradora não for competente), devendo os autos serem alteados para prosseguimento.

[localidade/data]

[assinatura]

[nome]

presidente

[assinatura]

[nome]

membro

[assinatura]

[nome]

membro

11. Recebendo o relatório da comissão, acompanhado do processo, a autoridade que houver determinado a sua instauração deverá proferir o julgamento e determinar as diligências eventualmente sugeridas:

Julgamento

Diante do apurado e sugerido pela Comissão de Sindicância, aplico ao interessado a pena de (...), prevista no artigo (...), por infringência dos artigos (...) da mesma citada lei.

Lavre-se a respectiva portaria e encaminhe-se para publicação ou ciência ou providências complementares.

[localidade/data]

[assinatura]

[nome]

ou:

Considerando que a Comissão de Sindicância concluiu pela improcedência da denúncia feita contra (...) e nada mais havendo a providenciar, archive-se o presente.

[localidade/data]

[assinatura]

[nome]

12. No caso de aplicação de pena disciplinar, dentro da competência da unidade, deverá ser lavrada a respectiva portaria e, juntamente com o processo, será encaminhada à publicação. E, quando a pena a ser aplicada extravasar os limites de competência da unidade, os autos deverão ser encaminhados ao nível hierárquico a que corresponder a referida aplicação, através dos canais competentes.

Portaria

O (diretor, chefe, secretário), no uso das suas atribuições legais, tendo em vista o que consta do processo nº (...), resolve PUNIR o (a) (...), com a pena de (advertência, multa, suspensão, descadastramento, rescisão contratual), nos termos dos artigos (...) por haver infringido as disposições dos artigos (...), do supramencionado diploma legal.

[localidade/data]

[assinatura]

[nome e cargo da autoridade]

Nota: os modelos apresentados deverão ser adaptados conforme o assunto em questão.

PRAZOS

1. Início da sindicância ou processo administrativo imediatamente após a designação da comissão, salvo se houver outra determinação.
2. A sindicância deverá ser ultimada dentro de 30 dias, prorrogáveis por igual prazo, mediante requerimento à autoridade que a houver instaurado.
3. Prazo para vistas e apresentar defesa: dez dias.
4. Findo o prazo de defesa, a comissão apresentará seu relatório dentro de dez dias.
5. Recebendo o relatório da comissão, a autoridade que houver determinado a sua instauração deverá proferir julgamento dentro do prazo de 30 dias, prorrogável por igual período.

RESUMO

Aqui apresentamos, em linhas gerais e sucintas, as fases do processo ou sindicância:

1. Denúncia
 2. Documentação que acompanha denúncia
 3. Despacho de instauração e designação de comissão
 4. Extrato e publicação
 5. Termo de início
 6. Requisição de documentos
 7. Qualificação do sindicado
 8. Portaria de enquadramento
 9. Citação
 10. Notificação das testemunhas arroladas pela comissão
 11. Oitiva do denunciante
 12. Oitiva do sindicado
 13. Oitiva das testemunhas arroladas pela comissão
 14. Notificação das testemunhas arroladas pelo sindicado
 15. Notificação ao sindicado sobre oitiva de suas testemunhas
 16. Oitiva das testemunhas arroladas pelo sindicado
 17. Notificação ao sindicado sobre diligências indicadas pela própria comissão ou deferidas ao sindicado
 18. Termos e/ou relatórios das diligências
 19. Instrução (encerramento da fase de provas e abertura para vistas e apresentação de defesa)
 20. Citação do sindicado para vistas e apresentação de defesa
 21. Defesas
 22. Designação de dativo, se correr à revelia
 23. Defesa do dativo
 24. Despacho de indeferimento de diligências requeridas pelo sindicado
 25. Notificação ao sindicado para acompanhar diligências, se deferidas
 26. Termos e/ou relatórios de diligências
 27. Citação para vistas e apresentação de novas defesas
 28. Novas defesas
 29. Relatório da comissão
 30. Termo de encerramento e remessa
 31. Julgamento
 32. Portarias apenatórias
-

EFEITOS

O ato decisório do processo administrativo ou sindicância – punitivo – começa a surtir seus efeitos legais a partir da publicação oficial pelo órgão de imprensa competente.

Quando o punido for funcionário ou servidor público

- perde seu direito a certas vantagens funcionais, dependendo da penalidade que lhe for aplicada;
- deixa de ser primário, porque, se praticar qualquer outra falta disciplinar, automaticamente será considerado reincidente;
- o punido, querendo, poderá exercitar o direito de petição, interpondo recursos cabíveis dentro do prazo legal.

Nota: verificar, em cada caso, as disposições estatutárias ou regulamentares do órgão.

Quando o punido for pessoa jurídica

- a infração praticada por seus empregados ou servidores, ou, ainda, a inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento, bem como a aplicação das penas de advertência, multa, suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração.

A lei garante ao contratado a prévia defesa no prazo de cinco dias úteis.

Nota: verificar a Lei nº 8.666/93, com a redação dada pela Lei 8.883/94, artigos 77 a 88.

OUTRAS PROVIDÊNCIAS

Quando a falta, transgressão, inexecução, etc., praticadas, quer por funcionário ou servidor, quer por pessoa jurídica, também se constituírem em crime previsto na lei penal, a autoridade que determinou instauração de processo administrativo ou sindicância providenciará para que se instaure, simultaneamente, o inquérito policial.

Outrossim, nos casos de suposta infração ético-profissional, tal autoridade também providenciará comunicação do fato ao conselho, comissão ou entidade de classe competente, inclusive encaminhando cópia das peças essenciais do processo.

BIBLIOGRAFIA

- AZEVEDO, Sylvio Ximenes de. *Direito Administrativo Disciplinar*, Editora Trabalhistas, 1987.
- BONFIM, Alberto. *O Processo Administrativo*, Ed. Freitas Bastos, 1967.
- CAVALCANTI, Themístocles. *Curso de Direito Administrativo*. Editora Freitas Bastos, 1967.
- CARVALHO, Guido Ivan de; Lenir Santos. *Sistema Único de Saúde*, São Paulo, Hucitec, 1992.
- Código Civil Brasileiro*
- Código de Processo Civil Brasileiro*
- Código Penal Brasileiro*
- Código de Processo Penal Brasileiro*
- Código Sanitário do Estado de São Paulo*
- Constituição Federal de 1988*
- COSTA, José Armando da. *Teoria e Prática do Direito Disciplinar*, São Paulo, Forense, 1981.
- CRETELLA JR., José. *Prática de Processo Administrativo*, Revista dos Tribunais, 1988.
- Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado de São Paulo*
- LIMA, J. B. de Menezes, *Sindicância e Verdade Sabida*, São Paulo, Saraiva, 1994.
- MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*, Malheiros, 1995.
- MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo*, Malheiros, 1995.
- MOTTA, Carlos Pinto Coelho. *Eficácia nas Licitações e Contratos*, Del Rey, 1994.
- MUKAI, Hoshio. *Contratos Públicos*, Forense Universitária, 1995.
- OLIVEIRA, Juarez de. *CLT*, São Paulo, Saraiva, 1995.
- ROCHA, Cármem Lúcia Antunes. *Princípios Constitucionais da Administração Pública*, Del Rey, 1994.
- SUNDFELD, Carlos Ari. *Licitação e Contrato Administrativo*. Malheiros, 1994.
-



AUDITORIA ANALÍTICA

OBJETIVO

A auditoria analítica é, no processo geral de auditoria, o conjunto de atividades desenvolvidas preferencialmente por equipe multidisciplinar, visando aprofundar as análises no sistema de atenção à saúde, a partir de situações encontradas na auditoria operacional ou decorrentes do impacto diferente do estabelecido no processo de planejamento.

Dada a implantação da Norma Operacional Básica (NOB) 1/96, as atividades de auditoria analítica devem apontar para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, valorizando os resultados advindos de programação com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade, encaminhando para a superação dos mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos.

PRODUTOS

A auditoria analítica, visando um impacto positivo nas condições de saúde da população, permite:

- subsidiar o processo de programação pactuada e integrada em sua elaboração ou reprogramação;
- alterar o processo de gerenciamento da rede de serviços;
- implantar novas rotinas de controle e/ou auditoria operacional;
- modificar as normas de regulação e/ou protocolos do sistema de saúde;
- alimentar o processo de decisão do gestor a partir da identificação de situações que comprometam o bom andamento da prestação de serviços.

LOCUS DE AÇÃO

Na proposta de auditoria analítica do Distrito Sanitário, consideramos um modelo gerencial descentralizado, no qual os gerentes de unidades próprias tenham a responsabilidade de otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, como também a busca de fatores externos à unidade e necessários ao bom desenvolvimento das ações de saúde planejadas para o seu território.

Ainda na gerência da unidade própria, consideramos a responsabilidade de avaliar e controlar unidades conveniadas e contratadas existentes no mesmo espaço geográfico de abrangência e também o encaminhamento a serviços de saúde fora de seu território, conforme encontra-se previsto na NOB 1/96, buscando a melhor relação custo/benefício.

Dada a dificuldade de implantação de um sistema de custos, propomos trabalhar com indicadores quantitativos que permitam inferir a relação custo/benefício. Entre estes, adotamos a concentração de atendimento para a resolução do problema apresentado pelo cliente, verificada através da repetição de atendimento na mesma ou em diversas unidades de saúde. Esse indicador está estreitamente relacionado à taxa de cobertura da unidade e ao percentual de encaminhamento a outras unidades de maior complexidade e/ou resolubilidade.

Em seguida, consideramos que o gestor conta com um nível intermediário de auditoria e avaliação, composto por equipe técnica designada pelo gestor, com a função de monitorar a prestação de ações de saúde no território e retroalimentar o processo de planejamento, principalmente quanto às ações a serem programadas, visando a reorganização do modelo assistencial, expressada pelo sistema de referência e contra-referência de clientes.

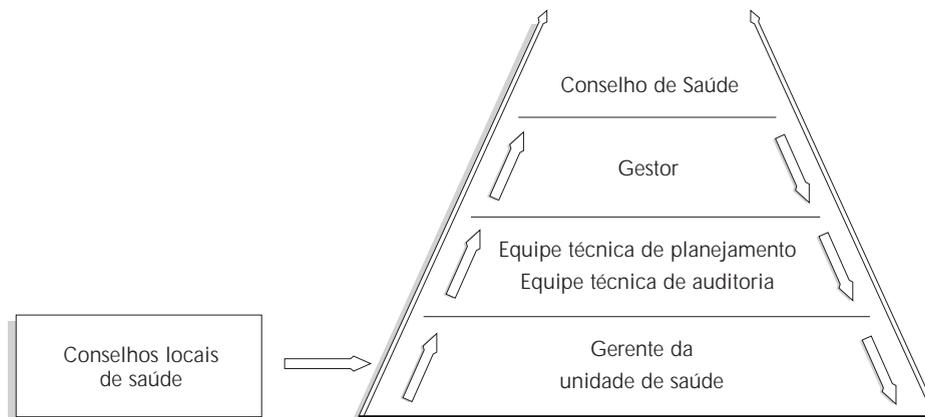
A auditoria analítica tem como ponto culminante subsidiar as atividades de avaliação dos conselhos de saúde do Distrito Sanitário.

Ainda como premissa, consideramos a existência de um sistema de informações hierarquizados, que permita a elaboração de indicadores nos diversos níveis de abrangência, ao mesmo tempo que garanta o acesso a dados e informações menos agregadas, atendendo a necessidades de aprofundamento das ações de auditorias, ou seja, informações disponíveis tanto ao gerente de uma unidade de saúde quanto aos membros dos conselhos de saúde.

Considerando que o impacto de algumas ações de saúde dependem do tempo em que são operadas, torna-se necessário que a auditoria analítica tenha acesso direto a alguns sistemas de informações. Por exemplo: ações visando a diminuição de óbitos de crianças desnutridas obterão melhores resultados se o sistema de informação contar com busca ativa e não depender de sistemas oficiais, cujo tempo de disponibilização de dados torna ineficazes as ações de intervenção.

As premissas acima expostas permitem identificar *locus* hierarquizados de desenvolvimento das atividades de auditoria analítica.

Detalhamento dos níveis de auditoria analítica no Distrito Sanitário



PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DA AUDITORIA ANALÍTICA

- Plano de saúde do Distrito Sanitário
- Programação Pactuada Integrada (PPI)
- Relatório de auditoria operacional
- Cadastro da rede de serviços
- Banco de dados dos atendimentos ambulatorial e hospitalar
- Banco de dados de mortalidade, vigilância epidemiológica e ambiental
- Prontuários dos pacientes
- Entrevistas com usuários

OPERACIONALIZAÇÃO

A partir dos instrumentos mencionados no item anterior, podem-se elaborar indicadores quantitativos que, agregados à caracterização da população quanto a sua composição por faixa etária e sexo, dependência do Sistema Único de Saúde, perfil sócio-econômico e existência de mecanismos que tornem possível o controle social, permitem monitorar e identificar distorções que impliquem a reprogramação de ações e/ou reorganização dos serviços.

Em análise comparativa, a auditoria analítica considera:

- os indicadores no período de análise e em relação a uma série histórica;
- os indicadores do distrito com os de outros distritos da região ou com os de mesmo porte;

- os indicadores do Distrito Sanitário com os parâmetros preestabelecidos na programação.

A seguir, relacionamos os indicadores mais utilizados para avaliação e controle do sistema de saúde, englobando os modelos assistencial e gerencial.

INDICADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização de indicadores de prestação de serviços como alerta para identificação de distorções que necessitem instaurar auditorias, rever o planejamento de ações de saúde ou a organização dos serviços, tem sido crescente, pois permite que essa atividade não tenha caráter policalesco, verificando não apenas a ação isolada e sim o impacto de um conjunto de ações nas condições de saúde da população e no financiamento do setor.

A metodologia de utilização de indicadores quantitativos para inferir a qualidade das ações e seu impacto nas condições de saúde possibilita diferentes graus de detalhamento e deve ser dinâmica, conforme o resultado das ações de auditoria e/ou de reorganização dos modelos assistencial e gerencial.

Para aplicação dessa metodologia é fundamental conhecer:

- os conceitos definidos pelo sistema de informação do distrito;
- a formulação de indicadores e suas diferentes aplicações.

Os indicadores mais utilizados são apresentados sob as seguintes formas:

I – Taxas percentuais:

- de grupos de procedimentos em relação a outro grupo de procedimentos. Por exemplo: taxa de solicitação de exame “A” nas consultas médicas;
- de grau de alcance da meta estabelecida no processo de planejamento ou por instituições que claramente trabalham a questão da qualidade das ações de saúde.

II – Número de atividades em determinados grupos de procedimentos ou de clientes expostos ao procedimento. Por exemplo: número de consultas médicas prestadas às gestantes da unidade “A”.

A formulação de indicadores quantitativos deve passar pelas seguintes etapas:

I. A seleção da abrangência territorial, que consiste em determinar o espaço geográfico em que o indicador será elaborado. Essa seleção pode variar entre a definição de uma única unidade ou do conjunto de unidades com características territoriais, por:

- área de ocorrência – utilizando os dados das unidades localizadas no espaço geográfico e sob responsabilidade do Distrito Sanitário. Como

área de ocorrência, o gestor pode optar por avaliar uma única unidade, um conjunto de unidades com características semelhantes, tais como hospital geral ou unidades filantrópicas, ou ainda todas as unidades da área de ocorrência;

- área de residência – utilizando os dados de prestação dos serviços de saúde a clientes sob sua responsabilidade, calculando o indicador referente à população residente no Distrito Sanitário. Nesse caso, o gestor poderá agregar os dados conforme a organização dos serviços, avaliando desde um único bairro até o distrito como um todo.

II – A seleção do tipo de prestador, que consiste em determinar o agrupamento de unidades a serem consideradas no cálculo do indicador:

- unidades próprias
- unidades filantrópicas
- unidades universitárias
- unidades hospitalares em psiquiatria
- maternidades
- outras

III – A seleção de período, que determina a data inicial e final de produção em que os dados serão consolidados para o cálculo do indicador selecionado. A avaliação em períodos seqüenciais dá ao gestor a série histórica, considerada fundamental nas análises de taxas de incrementos e de tendência da evolução:

- determinado mês
- trimestre
- semestre
- ano

IV – Seleção de grupo de procedimentos, que consiste em definir os códigos de procedimentos dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar que serão considerados na elaboração do indicador.

Exemplo de formação de grupo de procedimentos, a partir da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS:

Grupo	Subgrupo	Descrição do grupo	Cód. inicial*	Cód. final*
01	00	Consultas médicas	040.0	042.6
01	00	Consultas médicas	045.0	049.3
01	01	Consultas de pré-natal	047.7	047.7
02	00	Fisioterapia	500.5	710.2
02	01	Fisioterapia – neurológicas	700.5	700.5
02	02	Fisioterapia – vasc. periféricas	702.1	702.1
02	03	Fisioterapia – respiratórias	704.8	704.8
02	04	Fisioterapia – reumáticas	706.4	706.4
02	05	Fisioterapia – ortopédicas	708.0	708.0
02	06	Fisioterapia – reab. cardíaca	710.2	710.2
03	00	Patologia Clínica	500.2	92.4

* Códigos vigentes no Sistema de Informação Ambulatorial/SUS, em março de 1998.

V – Seleção de indicadores, que determina o alvo da avaliação e controle. Deve estar sempre relacionado com as atividades previstas no processo de planejamento, independentemente de gerar ou não auditorias operacionais. O gestor poderá optar por trabalhar com indicadores gerados a partir de procedimentos individuais; porém, propomos que a análise tenha início com indicadores de grupo de procedimentos e, quando necessário, aumente o grau de detalhamento até identificar melhor a ocorrência de distorções.

Indicadores mais utilizados na auditoria analítica

I – Gasto “per capita”: refere-se ao gasto médio por usuário potencial, podendo ser geral ou em grupos específicos.

$$\frac{\text{valor total gasto, plano "X", área "A", período "99"}}{\text{nº total de usuários inscritos no mesmo plano, área e período}}$$

II – Média de permanência de internação: número de dias que, em média, os usuários ficam hospitalizados.

$$\frac{\text{total de dias de internação no prestador "X", área "A", período "99"}}{\text{total de pacientes saídos do mesmo prestador, área e período}}$$

III – Taxa de abandono: proporção de usuários que não receberam a quantidade total de atendimentos previsto em um programa.

$$\frac{\text{total de 1º atendimento – total de atendimento no prestador "X", área "A", período "99"}}{\text{total de atendimento no mesmo prestador, área e período}} \times 100$$

IV – Taxa de alcance de meta: proporção de procedimentos realizados em relação ao total de procedimentos programados.

$$\frac{\text{nº de procedimentos produzidos, área "A", período "99"}}{\text{nº de procedimentos programados na mesma área e período}} \times 100$$

V – Taxa de cesárea: proporção de partos pelo procedimento cesariano em relação ao total de partos.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de cesáreas, no prestador "X", na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ total de partos no mesmo prestador, área e período}} \times 100$$

VI – Taxa de cobertura: taxa de usuários, em geral ou de grupos de atendimentos específicos, atendidos em determinada ação ou programa de saúde.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de 1}^\circ \text{ atendimento na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de usuários potenciais, na mesma área e período}} \times 100$$

VII – Taxa de concentração: quantidade de procedimentos prestados aos usuários em geral ou em grupos de usuários com atendimentos específicos.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de procedimento, programa "X", área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de 1}^\circ \text{ atendimento no procedimento no mesmo programa, área e período}}$$

VIII – Taxa de divergência: entre procedimento autorizado e cobrado, detectada mediante a comparação do procedimento registrado por ocasião da autorização do procedimento e o registrado na cobrança.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de guias c/ procedimento divergente no prestador "X", área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de guias apresentadas pelo mesmo prestador, área e período}} \times 100$$

IX – Taxa de encaminhamento: proporção de usuários que não recebem alta ambulatorial após o atendimento e são encaminhados para serviços de apoio à diagnose ou terapia em unidades de atendimentos mais ou menos complexos.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de usuários encaminhados da unidade "X", área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de atendimentos na mesma unidade, área e período}} \times 100$$

X – Taxa de evasão: atendimento de usuários em local diferente da sua área de residência.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de atendimento em outras áreas da área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ total de atendimento na mesma área e período}} \times 100$$

XI – Taxa de incremento: proporção de acréscimo ou decréscimo da produção ou pagamento de um procedimento, de um período em relação a outro anterior.

- incremento físico

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de proced. no 2}^\circ \text{ período} - \text{n}^\circ \text{ de proced. no 1}^\circ \text{ período na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de procedimentos no 1}^\circ \text{ período na mesma área e período}} \times 100$$

- incremento financeiro

$$\frac{\text{valor pago no 2}^\circ \text{ período} - \text{valor pago no 1}^\circ \text{ período na área "A", período "99"}}{\text{valor pago no 1}^\circ \text{ período na mesma área e período}} \times 100$$

XII – Taxa de internação: proporção de usuários que foram internados em relação ao número de usuários potenciais para esse tipo de atendimento.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes saídos na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ total de usuários potenciais na mesma área e período}} \times 100$$

XIII – Taxa de invasão de serviço: atendimento de usuários residentes fora do local de ocorrência.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de atendimentos de outras áreas na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ total de atendimentos na mesma área e período}} \times 100$$

XIV – Taxa de mortalidade hospitalar: proporção de óbitos em atendimento hospitalar.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos hospitalares na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes saídos da mesma área e período}} \times 100$$

XV – Taxa de solicitação de diagnose ou terapia: proporção de procedimentos solicitados sobre o grupo de consultas médicas.

- taxa de solicitação de patologia clínica nas consultas médicas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames de patologia clínica na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas médicas na mesma área e período}} \times 100$$

- taxa de solicitação de radiologia clínica nas consultas médicas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames de radiologia clínica na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas médicas na mesma área e período}} \times 100$$

- taxa de solicitação de fisioterapia nas consultas médicas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames de fisioterapia na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas médicas na mesma área e período}} \times 100$$

- taxa de solicitação de quimioterapia nas consultas médicas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames de quimioterapia na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas médicas na mesma área e período}} \times 100$$

- taxa de solicitação de radioterapia nas consultas médicas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames de radioterapia na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas médicas na mesma área e período}} \times 100$$

- taxa de solicitação de SADT nas consultas médicas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames de SADT na área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas médicas na mesma área e período}} \times 100$$

XVI – Taxa de solicitação da UTI: proporção de utilização da unidade de terapia intensiva no total de internações e diárias pagas.

- nas internações

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de internações com uso de UTI no prestador "X", área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ total de internações no mesmo prestador, área e período}} \times 100$$

- nas diárias

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de diárias de UTI no prestador "X", área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ total de diárias no mesmo prestador, área e período}} \times 100$$

XVII – Taxa de repetição de atendimento: atendimento ao mesmo usuário, mesmo que não seja no mesmo procedimento, em espaço de tempo de 90 dias.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de guias p/ usuários com atendimentos repetidos no prestador "X", área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de guias apresentadas no mesmo prestador, área e período}} \times 100$$

XVIII – Taxa de resolubilidade: proporção de casos resolvidos em relação ao total de casos atendidos.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de usuários com alta no programa "X", área "A", período "99"}}{\text{n}^\circ \text{ de 1ª consulta no mesmo programa, área e período}} \times 100$$

XIX – Taxa de utilização: proporção de uso da capacidade potencial física ou de recursos humanos destinados à determinada atividade.

- capacidade física (por exemplo, de consultório médico)

$$\frac{\text{total de procedimentos produzidos na unidade "A", no período "99"}}{\text{total de procedimentos do potencial físico na mesma unidade e período}} \times 100$$

- capacidade de recursos humanos (por exemplo, de médico)

$$\frac{\text{total de procedimentos produzidos na unidade "A", período "99"}}{\text{total de procedimentos do potencial de recursos humanos na mesma unidade e período}} \times 100$$

- capacidade potencial física no mês

$$\text{n}^\circ \text{ de consultórios médicos da especialidade "A"} \times \text{n}^\circ \text{ de horas de funcionamento} \times \text{parâmetros} \times 22 \text{ dias/mês}$$

- capacidade potencial de recursos humanos no mês

$$\text{n}^\circ \text{ de médicos contratados na especialidade "A"} \times \text{n}^\circ \text{ de horas de atendimento por dia} \times \text{parâmetros/hora} \times 22 \text{ dias/mês}$$

Exemplos de indicadores na auditoria analítica

Sistema de saúde

Mortalidade:

- mortalidade infantil e seus componentes neonatal e infantil tardia;
- causas de mortalidade infantil;
- índice de natimortalidade;
- taxa de mortalidade perinatal;
- taxa de mortalidade materna;
- incidência de óbitos por doenças preveníveis;
- incidência de óbitos por causas violentas em relação a outros municípios do mesmo porte;
- incidência de óbitos por sintomas e estados mórbidos mal definidos e a existência de serviço de verificação de óbitos.

Meio ambiente:

- níveis de cloro e flúor na água;
- relação entre as condições de ambientes de trabalho e o nível de saúde da população.

Financiamento:

- taxa de aplicação do orçamento municipal no setor da saúde;
- perfil dos gastos no setor com despesas de custeio e investimento;
- custo médio do atendimento, por procedimento e grau de complexidade da unidade;
- participação de cada esfera de governo no financiamento do atendimento ambulatorial;
- fontes de financiamento do atendimento hospitalar.

Atendimento ambulatorial

Acompanhamento da agenda e produtividade:

- taxa de alcance da agenda;
 - taxa de atendimento em pronto atendimento;
 - concentração de atendimento/hora trabalhada e hora contratada.
-

Concentração de atendimento:

- procedimento médico por habitante/ano (considerar taxas de invasão/evasão);
- procedimento odontológico por habitante/ano;
- atendimento médico por alta de paciente;
- atendimento básico por procedimento médico;
- procedimento médico em atividades programáticas (crianças, gestantes, hipertensos, etc.).

Cobertura:

- da unidade na população da área de abrangência;
- da unidade na população do município;
- do setor público na população do município;
- da atividade programática na população alvo (crianças, vacinação, gestantes, hipertensos, etc.);
- taxa de abandono em atividades programáticas.

Grau de alcance de metas:

- procedimentos programados (físico e orçamentário);
- rendimento por hora de profissional cadastrado (médico, odontólogo, nível médio, etc.);
- utilização da rede física (consultório médico, consultório odontológico, sala de pequena cirurgia, sala de cirurgia ambulatorial e leito de observação);
- atividades programáticas – citologia oncótica, ações coletivas, etc.

Sistema de referência do atendimento ambulatorial:

- inserção das unidades no modelo assistencial do Distrito Sanitário;
- inserção do município no modelo assistencial da região.

Perfil da produção:

Analisar separadamente os exames realizados em decorrência de atendimentos internos da unidade dos solicitados por outras unidades.

- taxa de solicitação de exames de patologia clínica (proporção de procedimentos);
-

- taxa de exames radiológicos;
- taxa de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia;
- procedimentos realizados e a estrutura física da unidade (consulta médica com observação em unidade desprovida de leitos);
- procedimentos realizados e os recursos humanos cadastrados na unidade (consulta de enfermeiro onde não há cadastro desse profissional);
- proporção entre os procedimentos de um mesmo grupo (ortopedia: provisórios, tratamento e revisões);
- taxa de incremento dos procedimentos;
- participação por tipo de prestador nos grupos de procedimentos médicos, básicos, odontológicos e de SADT.

Perfil do atendimento:

- causas de atendimento hospitalar e as atividades programáticas das unidades básicas;
- incidência de gestantes de alto risco;
- incidência de gestantes adolescentes;
- incidência de crianças com peso ao nascer inferior a 2.499 gramas;
- índice de mutilação odontológica;
- índice de atividade odontológica preventiva;
- índice de tratamento completado.

Morbidade:

- relação entre as principais causas de atendimentos e os programas implantados;
- casos confirmados de doença de notificação compulsória.

Resolubilidade do atendimento médico:

- índice de repetição de atendimento na unidade;
 - índice de repetição nas unidades do município;
 - índice de altas em atendimentos médicos e odontológicos;
 - taxas de encaminhamentos para outros serviços – SADT, ambulatorial especializado ou internação.
-

Atendimento hospitalar

Unidade hospitalar:

- taxa da população internada;
- taxa de ocupação;
- média de permanência;
- índice de mortalidade;
- taxa de cesárea;
- índice de substituição de leito;
- relação de população internada e taxa de ocupação dos hospitais do Distrito Sanitário.

Perfil de atendimento:

- principais causas de internação no hospital;
- principais causas de internação na população (com correção de residência e incidência por 10.000 habitantes);
- participação das causas externas no total de internações.

Sistema de referência para o atendimento hospitalar:

- inserção do hospital no modelo assistencial do município;
- inserção do hospital no modelo assistencial da região;
- inserção do município no modelo assistencial da região.

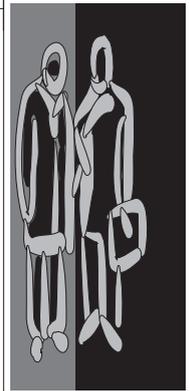
Resolubilidade:

- taxa de pacientes saídos por alta;
- taxa de pacientes saídos por transferência a outro hospital.

Principais fatores que alteram os indicadores de serviços de saúde:

- dados não fidedignos utilizados na elaboração do indicador;
 - divergência conceitual entre o sistema de informação e o conhecimento do profissional que registra o dado;
 - pacientes homônimos, que elevam taxa de repetição de atendimento;
 - incorporação tecnológica em análise de série histórica;
-

- a especificidade do serviço quanto à complexidade das ações;
 - a especificidade do serviço quanto ao protocolo adotado;
 - programa de atendimento à clientela diferenciada, como gestantes de alto risco, pacientes crônicos e outros;
 - invasão populacional em decorrência de atividades econômicas, como, por exemplo: colheita, corte de cana, evento cultural ou turístico;
 - evasão populacional em decorrência de alterações do meio ambiente ou desemprego;
 - atualização do cadastro do paciente em unidade de saúde do território analisado, decorrente de mudança ou transferência;
 - atualização do cadastro da unidade de saúde conseqüente à inclusão ou exclusão em sistema de autorização de atendimento em procedimentos de alta complexidade;
 - taxa de clientes efetivamente dependentes ou usuários do sistema de saúde do Distrito Sanitário;
 - alteração no fluxo de atendimento do paciente descrito no sistema de referência.
-



RELATÓRIOS DE SUPERVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ações básicas de saúde

Ambulatório de especialidades

Atendimento imediato – Pronto-Socorro (PS)

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Atendimento hospitalar

RELATÓRIO DE SUPERVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

MUNICÍPIO: _____ DATA: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: _____

Endereço: _____

CGC: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Responsável pela unidade (formação): _____

TIPO DE UNIDADE INTEGRANTE DO SUS: _____

TURNO

- Atendimento somente pela manhã
- Atendimento somente à tarde
- Atendimento nos turnos da manhã e tarde
- Atendimento nos turnos da manhã, tarde e noite
- Atendimento com turnos intermitentes
- Atendimento contínuo, 24 horas/dia (plantão inclusive aos sábados, domingos e feriados).

FLUXO DA CLIENTELA

- Atendimento de clientela referenciada (quando a unidade atende somente clientes encaminhados).
 - Atendimento de procura direta (quando o cliente procura diretamente a unidade).
 - Atendimento de procura direta e de clientela referenciada.
-

1. IMUNIZAÇÕES

INSTALAÇÕES

Sala exclusiva para vacinação:

Sim Não

Condições físicas de higiene e conservação (descrição sucinta: ventilação, iluminação, paredes, tetos, eletricidade, pia e bancada).

Geladeira(s), freezer(s), med-nic(s):

QUANTIDADE/ESTADO DE CONSERVAÇÃO	BOM	REGULAR	RUIM	TOTAL (Quantidade)
Geladeira				
Freezer				
Med-nic				

Uso exclusivo para imunobiológicos?

Sim Não

O acondicionamento interno para imunobiológicos é feito segundo orientações ou normas vigentes?

Sim Não

Problemas encontrados:

Os imunobiológicos estão identificados com nome, lote e validade?

Sim Não

Há termômetro de máxima e mínima em todos os equipamentos?

Sim Não

Há controle de temperatura, registrado pelo menos duas vezes ao dia, para cada equipamento?

Sim Não

Estão sendo utilizados apenas material e seringas descartáveis?

Sim Não

A forma de descarte do material perfuro-cortante e demais é feita segundo as normas vigentes?

Sim Não

VACINADORES (AS)

Quantidade e qualificação profissional:

Proceder à observação de aplicação de vacinas: via e técnica de aplicação para cada imunobiológico.

Todos os vacinadores conhecem o calendário e as normas de vacinação?

Sim Não

Utilizam algum material para consulta?

Sim Não

Qual?

Há supervisão sistemática?

Sim Não

Por quem?

Qual a cobertura vacinal no primeiro ano de vida das crianças, por tipo de vacina, dose e faixa etária, da área de atendimento da unidade, no período de _____?

VACINA	Nº CRIANÇAS	POPULAÇÃO	COBERTURA
3ª dose de poliomielite			
3ª dose de DPT			
Sarampo			
Tuberculose			

Há controle das crianças faltosas?

Sim Não

Como é feito?

Há notificação e controle de reações adversas a vacinas? Para quais e em que percentual?

2. ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	ATRIBUIÇÕES
Enfermeira		
Auxiliar de enfermagem		
Atendente		
Técnico de enfermagem		
Outros		

PRODUÇÃO

ATIVIDADES	SIM	NÃO	QUANTIDADE / MÊS
Curativos			
Inalações			
Nebulizações			
Injeções			
Retirada de pontos			
Terapia de reidratação oral			
Coleta de Papanicolau			
Pré-consulta			
Coleta de material p/ exames laboratoriais			
Medida de pressão arterial			
Consulta de enfermagem			
Outro			

Há protocolos e/ou normatizações para a realização das atividades acima?

Sim Não

As salas e os fluxos para execução dessas tarefas estão de acordo com as normas vigentes?

Sim Não

Se *não*, quais problemas foram encontrados?

ESTERILIZAÇÃO

O espaço é exclusivo para as atividades de esterilização?

Sim Não

A localização está em área de circulação restrita?

Sim Não

Equipamentos existentes e estado de conservação:

Há separação, segundo as normas vigentes, para:

Recepção e lavagem?

Sim Não

Preparo e acondicionamento de materiais?

Sim Não

Esterilização e estocagem?

Sim Não

Há controle da data de esterilização do material estocado?

Sim Não

Há controle de qualidade do material, após a realização da esterilização?

Sim Não

Observação do fluxo do espaço físico:

Como é feito o recebimento do material a ser esterilizado?

Como é feita a distribuição do material esterilizado?

Há normas/rotinas/protocolos sobre procedimentos de esterilização?

Sim Não

RECURSOS HUMANOS

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	ATRIBUIÇÕES

**3. ATIVIDADES MÉDICO-ODONTOLÓGICAS E DE NÍVEL UNIVERSITÁRIO
PROFISSIONAIS (PREENCHER POR PROFISSIONAL)**

CATEGORIA PROFISSIONAL *	ATIVIDADE	DISPONÍVEL AO SUS**		TOTAL***
		QUANTIDADE	HORAS	

* Utilizar tabela de atividade profissional - cadastro.

** Horas disponíveis ao SUS = as de fato trabalhadas.

*** Total da quantidade = total de profissionais existentes na unidade.

O número de consultórios médicos, odontológicos e para as demais atividades desenvolvidas é suficiente?

Sim Não

Nº de consultórios médicos : _____

Nº de consultórios odontológicos : _____

Nº de consultórios para as demais atividades: _____

Se *não*, por quê?

Observar as condições físicas e fluxos dos consultórios médicos, odontológicos e das demais salas para desenvolvimento dessas atividades.

Listar equipamentos médico-odontológicos existentes na unidade:

EQUIPAMENTO	EM CONDIÇÕES DE USO	
	SIM	NÃO

Qual é o tempo de agendamento para as diferentes atividades ofertadas?

Há previsão de agenda para atender casos eventuais?

Sim Não

Relacionar por atividade os casos faltosos e o percentual.

ATIVIDADE	Nº DE FALTOSOS	PERCENTUAL (%)

Há explicações para a ocorrência de faltosos?

Quem define a forma de agendamento?

Avaliação de uma amostra de prontuários quanto:

- atos médicos: anamnese, exame físico, exames subsidiários e prescrição
- atos odontológicos
- se houver atendimento e anotações de enfermagem e outros profissionais, tais como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, etc.

Verificar se há continuidade no seguimento do paciente, se há suficiência com relação a exames solicitados, etc.

Há desenvolvimento de atividades programáticas?

Sim Não

Quais?

Quando necessário, há referências formais para:

Quais ambulatorios?

Quais hospitais?

Quais serviços de apoio diagnóstico e terapêutica?

Quem solicita o encaminhamento para outros serviços?

Há algum contato prévio com o serviço que receberá o paciente?

De que forma?

4. ATIVIDADES DE APOIO

FARMÁCIA/ UNIDADE DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Verificar:

Forma de armazenamento conforme normas da Vigilância Sanitária:

Há geladeira para medicamentos que precisam ser conservados refrigerados:

Com termômetro de máxima e mínima?

Sim Não

Há controle de data de validade?

Sim Não

Há padronização dos medicamentos dispensados?

Sim Não

A dispensação é feita para:

Pacientes internos Pacientes externos

Se não há padronização de medicamentos, é feito algum controle/avaliação para quem e o que é dispensado?

Há controle sobre psicotrópicos? As Portarias 27/28 MS são cumpridas?

Sim Não

O controle/responsabilidade desse setor está a cargo de que profissional?

Os funcionários conhecem as regras/normas de suas funções?

Sim Não

Essas tarefas são desempenhadas de forma que:

Não haja contaminação/risco do próprio funcionário?

Sim Não

Obtenha-se resultado satisfatório da tarefa desempenhada?

Sim Não

Observações:

6. ATIVIDADES DE SAÚDE COLETIVA

Quais ações de Vigilância Epidemiológica são realizadas:

Notificação de doenças compulsórias?

Sim Não

Realiza ações de controle dessas doenças?

Sim Não

Há busca ativa de casos?

Sim Não

Se há busca ativa de casos, quem as realiza?

Com que periodicidade?

Essas atividades são realizadas em conjunto com outros profissionais da unidade?

Sim Não

Quais?

Profissional(is) responsável(is) por essas atividades?

Recebeu(ram) treinamento para desempenho dessa função?

Utilizam material para consulta?

Sim Não

Quais?

Outras atividades:

Quais ações de Vigilância Sanitária são realizadas?

Essas atividades são realizadas em conjunto com outros profissionais da unidade?

Sim Não

Equipe para desempenhar essas atividades:

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	ATRIBUIÇÕES

Receberam treinamento para desempenho dessas atividades?

Sim Não

Utilizam material para consulta?

Sim Não

Quais?

Se não realizam atividades de Vigilância Sanitária, quem as realiza?

7. GERAIS

São feitas visitas domiciliares?

Sim Não

Em que situações?

Há reuniões da equipe técnica?

Sim Não

Com que periodicidade? _____

ANOTAR A PRODUÇÃO DA UNIDADE

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	PRODUÇÃO

Existe conselho gestor da unidade?

Sim Não

Se existe, qual a composição?

Há reuniões periódicas?

Sim Não

Descrever sucintamente os temas e como são discutidos nas reuniões:

Observações gerais:

Identificação da equipe participante da supervisão na unidade de saúde:

Nome

Assinatura

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Identificação do profissional do serviço que acompanhou a visita/supervisão:

Nome: _____

Função: _____

Formação: _____

RELATÓRIO DE SUPERVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

MUNICÍPIO: _____

DATA: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

Nome: _____

CGC: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Responsável pela unidade (formação): _____

TURNO

- Atendimento somente pela manhã
- Atendimento somente à tarde
- Atendimento nos turnos da manhã e tarde
- Atendimento nos turnos da manhã, tarde e noite
- Atendimento com turnos intermitentes
- Atendimento contínuo, 24 horas/dia (plantão inclusive aos sábados, domingos e feriados).

FLUXO DA CLIENTELA

- Atendimento de clientela referenciada (quando a unidade atende somente clientes encaminhados)
- Atendimento de procura direta (quando o cliente procura diretamente a unidade)
- Atendimento de procura direta e de clientela referenciada

1. ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	ATRIBUIÇÕES
Enfermeira		
Técnico de enfermagem		
Auxiliar de enfermagem		
Atendente		
Outros		

PRODUÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

ATIVIDADES	QUANTIDADE / MÊS

Há protocolos e/ou normatizações para a realização das atividades acima?

Sim Não

As salas e os fluxos para execução dessas tarefas estão de acordo com as normas vigentes?

Sim Não

Se *não*, quais os problemas?

ESTERILIZAÇÃO

O espaço é exclusivo para as atividades de esterilização?

Sim Não

A localização é em área de circulação restrita?

Sim Não

Equipamentos existentes e estado de conservação:

Há separação, segundo as normas vigentes, para:

Recepção e lavagem?

Sim Não

Preparo e acondicionamento de materiais?

Sim Não

Esterilização e estocagem?

Sim Não

Há controle da data de esterilização do material estocado?

Sim Não

Há controle de qualidade do material após a realização da esterilização?

Sim Não

Qual o sistema utilizado?

Observação do fluxo do espaço físico:

Como é feito o recebimento do material a ser esterilizado?

PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES

PROCEDÊNCIA	ESPECIALIDADE	PERCENTUAL (%)

O número de consultórios médicos, odontológicos e para as demais atividades desenvolvidas é suficiente?

Sim Não

Nº de consultórios médicos: _____

Nº de consultórios odontológicos: _____

Nº de consultórios para as demais atividades: _____

Se *não*, por quê?

Observar as condições físicas e fluxos dos consultórios médicos, odontológicos e das demais salas para o desenvolvimento dessas atividades.

Qual é o tempo de agendamento para as diferentes atividades ofertadas?

Relacionar, por atividade, os casos faltosos e qual o percentual.

ATIVIDADE	Nº DE FALTOSOS	PERCENTUAL (%)

Há explicações para a ocorrência de faltosos?

Quem define a forma de agendamento?

Avaliação de uma amostra de prontuários quanto:

- atos médicos: anamnese, exame físico, exames subsidiários e prescrição.
- atos odontológicos.
- se houver atendimento e anotações de enfermagem e outros profissionais, tais como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, etc.
- verificar se há continuidade no seguimento do paciente e suficiência com relação a exames solicitados, etc.

Há desenvolvimento de atividades programáticas?

Sim Não

Quais?

Quando necessário, há referências formais para:

Quais hospitais?

Quais serviços de apoio diagnóstico?

É feita a contra-referência?

Sim Não

Como funciona (via telefônica, guia de encaminhamento, etc.)? Descrever:

Descrever a porcentagem de casos que são contra-referenciados para a rede básica por especialidade:

ESPECIALIDADE	Nº DE CASOS	PERCENTUAL (%)

Quem solicita o encaminhamento para outros serviços?

Há algum contato prévio com o serviço que receberá o paciente e de que forma é feito?

Há desenvolvimento de atividades cirúrgicas?

Sim Não

Se *sim*, de que porte?

Dependendo do porte, verificar:

Há anestesista?

Sim Não

Há sala exclusiva para procedimentos cirúrgicos?

Sim Não

Há condições de higienização, fluxo da sala para procedimentos cirúrgicos?

Sim Não

Há local para desenvolver atividades pré e pós-anestésicas?

Sim Não

Há acompanhamento pelo anestesista de todo o procedimento?

Sim Não

Há carrinho de emergência?

Sim Não

Quais medicações?

Dentro do prazo de validade?

Sim Não

Equipamentos existentes?

Em condições de uso?

Sim Não

3. EQUIPAMENTOS DE APOIO À ASSISTÊNCIA

EQUIPAMENTOS	CONDIÇÕES DE INSTALAÇÃO	CONDIÇÕES DE USO SEGURANÇA	PROFISSIONAL QUE OPERA	OBS. REGRAS DE SEGURANÇA	PRODUÇÃO		
					SUS	OUTRO	TOTAL

4. ATIVIDADES DE APOIO

FARMÁCIA/UNIDADE DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Verificar forma de armazenamento conforme normas da Vigilância Sanitária:

Há geladeira para medicamentos que precisam ser guardados refrigerados?

Sim Não

Com termômetro de máxima e mínima?

Sim Não

Há controle de data de validade?

Sim Não

A dispensação é feita para:

Pacientes internos Pacientes externos

Há padronização dos medicamentos dispensados?

Sim Não

Se não há padronização de medicamentos, é feito algum outro tipo de avaliação/controlado dos medicamentos dispensados?

Há controle sobre psicotrópicos?

Sim Não

As Portarias 27/28 MS são cumpridas?

Sim Não

O controle/responsabilidade desse setor está a cargo de que profissional?

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

Organização

Prontuário médico

Familiar Individual

Sistema de arquivo

Fichas manuais Informatizado

Elabora relatórios/boletins de produção?

Sim Não

Qual a utilização dessas informações?

5. DEMAIS SERVIÇOS DE APOIO (limpeza, serviços gerais, etc.)

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	ATRIBUIÇÕES

Os funcionários conhecem as regras/normas de suas funções?

Sim Não

Essas tarefas são desempenhadas de forma que:

Não haja contaminação/risco do próprio funcionário?

Sim Não

Obtenha-se resultado satisfatório da tarefa desempenhada?

Sim Não

Observações gerais:

Identificação da equipe participante da supervisão na unidade de saúde:

Nome

Assinatura

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Identificação do profissional que acompanhou visita/supervisão:

Nome: _____

Função: _____

Formação: _____

RELATÓRIO DE SUPERVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATENDIMENTO IMEDIATO – PRONTO-SOCORRO (PS)

MUNICÍPIO: _____ DATA: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: _____

Endereço: _____

CGC: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Responsável pela unidade (formação): _____

TIPO DE PRESTADOR

- Vinculado ao Ministério da Saúde
- Privado
- Federal
- Estadual
- Municipal
- Filantrópico
- Universitário
- Consórcio intermunicipal

TIPO DE UNIDADE

- Pronto-socorro geral
- Pronto-socorro especializado

Recebe Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVHE)?

- Sim Não

É uma unidade isolada ou está acoplada a alguma estrutura hospitalar?

A área destinada ao pronto-socorro é exclusiva?

Sim Não

ATIVIDADES MÉDICAS

Número de consultórios: _____

Quantos em uso? _____

Localização adequada?

Sim Não

Condições de higiene e instalação adequadas?

Sim Não

Mobiliário encontra-se em bom estado?

Sim Não

Material/equipamentos existentes em bom estado?

Sim Não

Há sala de urgência/emergência exclusiva?

Sim Não

Descrever mobiliário e condições de uso:

Do hospital?

Sim Não

Conta com serviço de anestesiologia?

Sim Não

Paciente referenciado para outro serviço?

Sim Não

Qual?

Distância:

Como é feita a referência?

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Unidade de Terapia Intensiva do próprio pronto-socorro?

Sim Não

Nº de leitos:

Adulto _____ Infantil _____ Neonatal _____

Do hospital?

Sim Não

De outro serviço?

Sim Não

Distância: _____ Onde? _____

Como é feita a referência?

TRANSFERÊNCIAS DE PACIENTES (AMBULÂNCIAS)

Quantas em condição de uso? _____

De que tipo? _____

Há normatizações/protocolos de ações/atividades?

Sim Não

Se *sim*, para quais atividades?

Este pronto-socorro está formalmente inserido em algum sistema de referência e contra-referência?

Sim Não

Se *sim*, quem (municípios, PS, hospitais) se dirige para esse serviço?

Para onde encaminha os pacientes atendidos?

Há Central de Regulação (leitos/vagas)?

Sim Não

Vinculada a que instituição?

Como funciona?

Observações gerais:

Identificação da equipe participante:

Nome

Assinatura

Identificação do profissional que acompanhou a supervisão/visita:

Nome: _____

Função: _____

Formação: _____

RELATÓRIO DE SUPERVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

MUNICÍPIO: _____

DATA: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: _____

Endereço: _____

CGC: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

TIPO DE UNIDADE: _____

TIPO DE PRESTADOR

- Federal
- Universitário
- Estadual
- Filantrópico
- Municipal
- Privado

TURNO DE ATENDIMENTO

- Atendimento somente pela manhã
 - Atendimento somente à tarde
 - Atendimento nos turnos da manhã e tarde
 - Atendimento nos turnos da manhã, tarde e noite
 - Atendimento com turnos intermitentes
-

SERVIÇOS	PRODUÇÃO	CONDIÇÕES DE USO DO EQUIPAMENTO			HÁ BARREIRAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E AMBIENTAL?	
		BOM	REGULAR	RUIM	SIM	NÃO
Raio X						
Raio X contrastado						
Ultra -sonografia						
Mamografia						
Tomografia						
Angiografia						
Neurorradiologia						
Endoscopia:						
Pulmonar						
Digestiva						
Urinária						
Eletrocardiograma						
Teste ergométrico						
Holter						
Hemodinâmica						
Eletroencefalograma						
Eletromiografia						
Ressonância magnética						
Fisioterapia:						
Eletroterapia						
Hidroterapia						
Massoterapia						
Mecanoterapia						
Audiometria						
Medicina Nuclear:						
Radioimunoensaio						
Cintilografia						
Radioterapia:						
Betaterapia						
Cesioterapia						
Roentgenterapia						
Acelerador linear						
Cobaltoterapia						
Eletronterapia						

Se detectados problemas com relação aos equipamentos existentes, bem como às formas de proteção individual e ambiental, anotar (observados em relação à legislação e normas vigentes):

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, ANATOMOPATOLOGIA E SERVIÇOS DE SANGUE

Unidade isolada

Sim Não

Se *não*, está vinculada a que serviço de saúde?

Listagem dos exames processados por essa unidade:

EXAMES	PRODUÇÃO MENSAL SUS	EQUIPAMENTOS AUTOMATIZADOS
Urinalise: - - -		
Bioquímica: - - -		
Hematologia: - - -		
Coprologia: - - -		

EXAMES	PRODUÇÃO MENSAL SUS	EQUIPAMENTOS AUTOMATIZADOS
Microbiologia: - - -		
Imunologia: - - -		
Hormônios: - - -		
Citologia: - - -		
Biópsias: - - -		
Outros: - - -		

A coleta desses exames segue protocolos/normas específicas para obtenção de resultados fidedignos?

Sim Não

Se *não*, quais os problemas encontrados?

RECEPÇÃO E DISTRIBUIÇÃO INTERNA DAS AMOSTRAS A SEREM PROCESSADAS

São corretamente processadas?

Sim Não

Ficam devidamente armazenadas até o processamento?

Sim Não

Seguem rotinas preestabelecidas?

Sim Não

Os reagentes utilizados são armazenados conforme especificações dos fabricantes?

Sim Não

São observados os prazos de validade dos reagentes utilizados?

Sim Não

Há controle interno de qualidade?

Sim Não

HEMOTERAPIA

O posto de coleta é exclusivo para sua finalidade?

Sim Não

Há programa de captação de doadores?

Sim Não

Há procedimentos padronizados relativos ao doador quanto à triagem epidemiológica?

Sim Não

Realizada por qual profissional? _____

Exame clínico?

Sim Não

Durante a doação é utilizada cadeira reclinável?

Sim Não

É fornecida alguma alimentação após a doação?

Sim Não

Como é fornecido o resultado das sorologias ao doador?

Após o término da doação, as bolsas de sangue e a amostra para exames são devidamente identificadas?

Sim Não

Qual o fluxo dessas bolsas? (descrever)

Os exames realizados e os equipamentos utilizados na fase de pré-processamento do sangue podem ser descritos na tabela anterior, nos itens "hematologia", "sorologia", "imunologia" e outros.

PROCESSAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES

Equipamentos:

Descrever como é feita a conservação/armazenamento dos componentes (identificação e datas):

Quais serviços internos e/ou externos à unidade utilizam esses componentes e de que forma?

Por quem e como são liberados os componentes hemoterápicos após a solicitação?

DOADORES	QUANTIDADE	PERCENTUAL (%)
sangue utilizado		
sangue bloqueado/reprovado		
TOTAL		

CAUSAS DE DOADORES REPROVADOS

- Triagem epidemiológica/clínica
- Triagem sorológica

DISTRIBUIÇÃO DOS HEMOCOMPONENTES POR MÊS

SERVIÇO	SANGUE TOTAL	CONCENTRADO HEMÁCEAS	CONCENTRADO PLAQUETAS	CRIOPRECIPITADOS

DIÁLISE

NÚMERO DE SALAS

Hbs Ag + : destinada a pacientes com sorologia para hepatite B: _____

Hbs Ag - : destinada a pacientes imunizados contra o vírus da hepatite B: _____

DPI – Diálise Peritoneal Intermitente: _____

DPAC – Diálise Peritoneal Ambulatorial Constante: _____

NÚMERO DE MÁQUINAS

Proporção: _____

Outras: _____

TRATAMENTO DE ÁGUA

- Osmose reversa
- Deionização
- Sistema misto

PACIENTES

Número de pacientes Hbs Ag+ : _____

Número de pacientes Hbs Ag- : _____

Número de sessões de hemodiálise por semana: _____

Número e diagnóstico de pacientes que freqüentavam o serviço e foram a óbito no último ano:

Procedência dos pacientes:

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA / MANUTENÇÃO

Hospital para transplante

Nome: _____

Município: _____

Laboratório para histocompatibilidade

Nome: _____

Município: _____

Hospital geral

Nome: _____

Município: _____

Patologia Clínica

Nome: _____

Município: _____

Manutenção de equipamentos de diálise

Nome: _____

Município: _____

Manutenção de equipamentos de tratamento da água

Nome: _____

Município: _____

Funcionários que operam equipamentos radiológicos utilizam dosímetro personalizado?

Sim Não

Os laudos dos exames são feitos por profissionais habilitados para tal? Especificar conforme o tipo de SADT:

Os exames são agendados de que forma:

Por telefone? _____

Pessoalmente? _____

Pelo serviço que encaminha? _____

Há alguma Central de Regulação a que esses serviços estejam vinculados?

Sim Não

Qual o tempo para realizar o exame solicitado? _____

Em quanto tempo é devolvido o resultado? _____

Verificar se há normas de segurança para manuseio de:

Secreções, sangue, fluidos orgânicos?

Sim Não

Radiológico, radioterápico?

Sim Não

Observar utilização de material descartável

A manutenção dos equipamentos é periódica?

Sim Não

Identificação da equipe participante da supervisão na unidade de saúde:

Nome

Assinatura

Identificação do profissional do serviço que acompanhou a visita/supervisão na unidade:

Nome: _____

Função: _____

Formação: _____

RELATÓRIO DE SUPERVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATENDIMENTO HOSPITALAR

MUNICÍPIO: _____ DATA: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: _____

Endereço: _____

CGC: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Diretor clínico: _____ CRM: _____

Diretor administrativo: _____

Responsável pelo faturamento: _____

TIPO DE UNIDADE: _____

INDICADORES GERAIS DO HOSPITAL

Procedência dos pacientes (média dos últimos 6 meses)

Próprio município: _____ %

Outros municípios da região de saúde: _____ %

Outros municípios do Estado: _____ %

Taxa de ocupação: _____ %

Taxa de infecção hospitalar: _____ %

Taxa de partos normais: _____ %

Taxa de cesárea: _____ %

Taxa de mortalidade: _____ %

Média de permanência: _____ dias

Fontes pagadoras:

SUS: _____ % Total de AIH/mês: _____

Outros convênios: _____ %

Particulares: _____ %

TIPO DE PRESTADOR

- Federal Universitário
 Estadual Filantrópico
 Municipal Privado
 Consórcio intermunicipal

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**FIDEPS**

- Sim Não

Quanto? _____ %

Amigo da criança?

- Sim Não

FLUXO DA CLIENTELA

- Atendimento de clientela referenciada (só atende clientes encaminhados)
 Atendimento de procura direta
 Atendimento de clientela referenciada e de procura direta

LEITOS DE INTERNAÇÃO

Operacionais (total): _____

Disponíveis ao SUS: _____

Desativados: _____

Centro cirúrgico: _____
(quantidade existente e em funcionamento)

Centro obstétrico: _____
(quantidade existente e em funcionamento)

Alojamento conjunto:

- Sim Não

Quantos? _____

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:
(ver as atas das últimas reuniões)

- Sim Não

Comissão de Ética Médica?
(ver as atas das últimas reuniões)

- Sim Não
-

LEITOS HOSPITALARES

ESPECIALIDADE	LEITOS SUS		LEITOS TOTAIS
	MASC.	FEM.	TOTAL OPERACIONAL
Clínica médica:			
Clínica cirúrgica:			
Clínica pediátrica:			
Clínica obstétrica:			
Clínica ginecológica:			
Clínica psiquiátrica:			
Tisiologia			
Reabilitação			
FPT crônico			
Queimados			
AIDS			
Outros			
Total			
UTI adulto geral			
UTI cardiologia			
UTI infantil			
UTI neonatal			
Total UTI			
Semi-intensiva :			
adulto			
infantil			
Berçário:			
normal			
patológico			
externo			

SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

1. Tipo de serviço: _____

Nome/razão social: _____

Endereço: _____

Responsável técnico: _____

Situação: Dentro da unidade Fora da unidade

2. Tipo de serviço: _____

Nome/razão social: _____

Endereço: _____

Responsável técnico: _____

Situação: Dentro da unidade Fora da unidade

3. Tipo de serviço: _____

Nome/razão social: _____

Endereço: _____

Responsável técnico: _____

Situação: Dentro da unidade Fora da unidade

4. Tipo de serviço: _____

Nome/razão social: _____

Endereço: _____

Responsável técnico: _____

Situação: Dentro da unidade Fora da unidade**ENFERMIARIAS****Clínica**

Avaliação setorial por clínica, inclusive maternidade e UTI

Nº de quartos: _____

Nº de leitos por quarto: _____

Nº de leitos de alojamento conjunto: _____

Localização e atividades do posto de enfermagem:

Outras instalações existentes no espaço físico dessa enfermaria:

As instalações, estrutura, fluxo dessa enfermaria atendem às exigências legais, particularmente as da Portaria MS 1884/94?

Sim Não

Se *não*, o que se encontra em desacordo?

O padrão de edificação das enfermarias SUS são muito diferentes das demais existentes?

Sim Não

Listar e verificar condições de uso dos equipamentos existentes nas enfermarias/maternidade /UTI:

EQUIPAMENTOS (POR LEITO)	EM CONDIÇÕES DE USO	
	SIM	NÃO

Tem pontos de distribuição de oxigênio?

Sim Não

Qual a relação por leito?

Há pontos de distribuição de ar comprimido?

Sim Não

Qual a relação por leito?

Médicos diaristas e plantonistas

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	ESCALA

Enfermagem

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	QUANTIDADE	ESCALA POR TURNO

De que forma é feita a distribuição dos pacientes pela equipe médica?

O paciente sabe identificar o seu médico?

Sim Não

Há visitas médicas diárias a todos os leitos?

Sim Não

São realizadas as prescrições médicas diariamente?

Sim Não

Se houver intercorrências, a quem a enfermagem comunica?

Exames/avaliações de outras especialidades são realizados quando indicados?

Sim Não

Se *não*, por quê?

Há atividades diferenciadas de enfermagem de acordo com o grau de dependência do paciente?

Sim Não

Se *sim*, descrevê-las:

Verificar alguns prontuários com relação a:

- anotações médicas e de enfermagem
- coerência entre história clínica, diagnóstico e terapêutica

PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES	Nº DE AIHs	VALOR

Selecionar alguns prontuários de pacientes que já tiveram alta hospitalar. Selecioná-los por patologia, ou por valor pago, ou qualquer outra variável de interesse. Anotar nome, endereço e motivo da internação para proceder à visita domiciliar. A visita domiciliar visa verificar a concordância ou não dos registros hospitalares, atual evolução clínica do paciente e a necessidade de continuidade do tratamento de saúde.

CENTRO CIRÚRGICO

Número de salas em funcionamento: _____

MEDICAMENTOS/MATERIAL/ EQUIPAMENTOS EXISTENTES	CONDIÇÕES DE USO	DENTRO DA VALIDADE

CENTRO OBSTÉTRICO

Número de salas em funcionamento: _____

MEDICAMENTOS/MATERIAL/ EQUIPAMENTOS EXISTENTES	CONDIÇÕES DE USO	DENTRO DA VALIDADE

Instalações físicas e fluxos obedecem às normas vigentes?

 Sim Não

Utilização das salas

CIRURGIAS	Nº / DIA	PORTE
Eletivas		
Urgência/emergência		
Cesárea		
Parto normal		
Curetagem		

Serviço/profissional responsável pela programação do CC/CO:

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Visitas pré-anestésicas?

Sim Não

Monitoramento pelo médico anestesista durante todo o procedimento cirúrgico?
(checagem da escala cirúrgica)

Sim Não

Sala de recuperação anestésica pós-cirúrgica?

Sim Não

Se *não*, como procede?

Atende às especificações das normas vigentes?

Sim Não

Se *não*, por quê?

ANESTESISTAS	ESCALA DE PLANTÃO

Serviço de Anestesiologia funciona com médico 24 horas?

Sim Não

Se *não*, como funciona?

CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

Espaço exclusivo para as atividades de esterilização?

Sim Não

Localizada em área de circulação restrita?

Sim Não

Equipamentos existentes e estado de conservação:

Há separação, segundo as normas vigentes para:

Recepção e lavagem?

Sim Não

Preparo e acondicionamento de materiais?

Sim Não

Esterilização e estocagem?

Sim Não

Há controle da data de esterilização do material estocado?

Sim Não

Há controle de qualidade do material após a realização da esterilização?

Sim Não

Qual o sistema utilizado?

Observação do fluxo do espaço físico:

Como é feito o recebimento do material a ser esterilizado?

Como é feita a distribuição do material esterilizado?

Há normas/rotinas/protocolos sobre procedimentos de esterilização?

Sim Não

Recursos humanos

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	QUANTIDADE	ATIVIDADES

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – SND

Estrutura e fluxos de acordo com a Portaria MS 1884/94?

Sim Não

EQUIPAMENTOS	EM CONDIÇÕES DE USO	
	SIM	NÃO

São cumpridas as normas de higiene para:

Limpeza de pisos/paredes/bancadas?

Sim Não

Pessoal adequadamente uniformizado?

Sim Não

Pias com sabão?

Sim Não

Observadas normas/protocolos de saúde dos funcionários?

Sim Não

FARMÁCIA

Verificar forma de armazenamento segundo normas da Vigilância Sanitária:

Há geladeira para medicamentos que precisam ser conservados refrigerados, com controle de temperatura?

Sim Não

Há controle de data de validade?

Sim Não

Há padronização dos medicamentos dispensados?

Sim Não

Há controle sobre psicotrópicos (as Portarias MS 27/28 são cumpridas)?

Sim Não

O controle/responsabilidade desse setor está a cargo de que profissional?

LAVANDERIA

Há possibilidade de troca de roupas diariamente e sempre que necessário?

Sim Não

Como é feito o transporte de roupa suja para a lavanderia?

O processamento de roupas na lavanderia utiliza o sistema de barreira de contaminação?

Sim Não

Se *não*, como é o processo de circulação da roupa (fluxo)?

EQUIPAMENTOS	EM CONDIÇÕES DE USO	
	SIM	NÃO

Há protocolos/rotinas de trabalho?

Sim Não

Os funcionários estão uniformizados?

Sim Não

Há Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os funcionários?

Sim Não

Recursos humanos

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	QUANTIDADE

LIMPEZA

- Serviço próprio
 Serviço contratado

Os funcionários são treinados quanto a higiene hospitalar, técnica de varrer, desinfecção de superfícies, manuseio do lixo hospitalar?

- Sim Não

Os funcionários são uniformizados?

- Sim Não

Qual a frequência da limpeza?

Os insumos de limpeza são padronizados e/ou checados?

- Sim Não

As dependências do hospital estão limpas?

- Sim Não

Se *não*, quais e por quê?

Qual o destino dos resíduos hospitalares?

GERAL

SAME – como está organizado?

Este hospital está inserido dentro de um sistema de referência e contra-referência?

- Sim Não

Há Central de Regulação?

Sim Não

Descrever como ocorre o fluxo de pacientes para a rede básica ou para os serviços mais complexos:

Há utilização de dados gerados no próprio serviço para análise e planejamento técnico-administrativo?

Sim Não

Utilizando-se da planta física, estabelecer a cargo de quem se encontram os comandos técnico-administrativos das diversas áreas.

Checar relações interinstitucionais de mando: diretor administrativo, diretor clínico, mesa diretora, etc.

Checar balancete do hospital. Opera com saldo positivo ou negativo? Se negativo, qual a possibilidade de recuperação?

Checar processo de compras:

Outras informações pertinentes:

Para registro sobre SADT, utilizar o relatório próprio.

Observações:

Identificação da equipe participante da supervisão na unidade de saúde:

Nome

Assinatura

<hr/>	<hr/>

Identificação do profissional do serviço que acompanhou a visita/supervisão:

Nome: _____

Função: _____

Formação: _____



PROGRAMAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Marizélia Leão Moreira

O QUE PROGRAMAR

Para desenvolver essa atividade, o gestor terá como principal produto a visualização da operação do sistema de saúde sob sua responsabilidade. Portanto, engloba a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, executados por unidades de saúde organizadas de forma regionalizada e hierarquizada no sistema de saúde. Nesse contexto, programar significa listar a quantidade e os locais de execução dos procedimentos necessários para garantir um impacto positivo em situações que apresentem prioridades de intervenções, identificadas no processo de planejamento.

Para alcançar um impacto positivo, é importante agregar metodologias e instrumentos de acompanhamento e avaliações de serviços, que são tratados nos manuais de Qualidade, de Vigilância Sanitária e de Vigilância em Saúde Pública.

Considerando que o gestor é a direção única do sistema de saúde do distrito, destacamos que a programação é composta de duas linhas de ação:

1. Ações destinadas aos clientes de seu território, ou seja, para a população sob sua responsabilidade, independentemente da vinculação institucional da unidade de saúde responsável pela execução das atividades e de sua localização dentro ou fora da área de abrangência do gestor.
2. Ações executadas em unidades de saúde localizadas em seu território, referenciadas por gestores de outros distritos, conforme a regionalização e hierarquização do sistema de saúde.

As duas linhas de ações devem contemplar as diretrizes do planejamento que permitem à programação atuar como instrumento de garantia da equidade e reverter a óptica de programar serviços de acordo com a oferta do mercado.

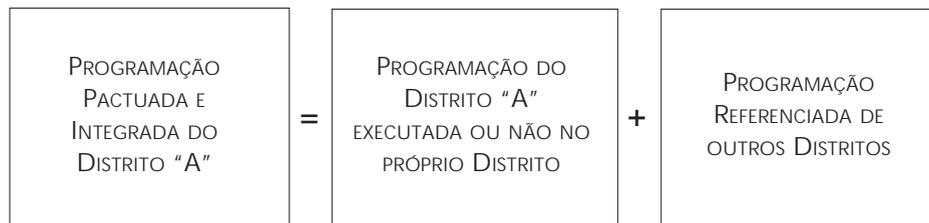
Nessa linha de atuação, a programação contempla:

- o atendimento às necessidades reais da população;
- a resolubilidade das unidades de saúde envolvidas;
- a disponibilidade de recursos;
- os protocolos de atuação;
- a incorporação tecnológica.

INSTRUMENTO DE PROGRAMAÇÃO

O gestor do sistema de saúde do distrito conta com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que, independentemente de serem complementadas por normas definidas em nível estadual, norteiam as atividades de programação de serviços de saúde e atualmente têm como principal instrumento a programação pactuada entre gestores e integrada entre as esferas de governo (PPI), da qual podemos destacar que:

- formaliza as relações entre os gestores de distritos e as diferentes instâncias de gestão governamental, traduzindo suas responsabilidades, objetivos, metas, referências entre os territórios, recursos e tetos orçamentários e financeiros, em todos os níveis de gestão;
- permite ao gestor garantir o acesso da população aos serviços de saúde, seja em seu próprio território ou referenciando a serviços de outros territórios através da relação entre gestores de distritos;
- busca a integralidade das ações, envolvendo as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica;
- é um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do sistema de saúde, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo;
- sua elaboração observa critérios e parâmetros definidos pelas comissões de intergestores e aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;
- seu processo contempla:
 - a. procedimentos a serem executados no próprio distrito;
 - b. procedimentos a serem referenciados para execução em outros distritos;
- esse processo se repete na instância de gestão superior para incorporação dos encaminhamentos de outros distritos, finalizando com o estabelecimento das metas físicas e de recursos financeiros por área de abrangência e de ocorrência, que constituem os tetos das duas linhas de ação a serem gerenciadas pelo gestor do distrito.



É fundamental, ao estabelecer o teto financeiro das ações programadas, relacionar procedimento e unidade de saúde em que ele será executado, dado que valores pagos variam, notadamente em hospitais universitários de pesquisa, onde o procedimento pode ser valorizado em até 75%, pela incidência do Fator de Incentivo de Desenvolvimento ao Ensino e Pesquisa Universitária (FIDEPS).

A implantação do processo de programação, considerado como o estabelecimento físico e orçamentário das ações de saúde, passa pelas seguintes fases:

Níveis de programação por complexidade

As ações de saúde, quando organizadas por nível de complexidade, permitem ao gestor visualizar melhor a resolubilidade em seu território e a necessidade de encaminhamentos a serviços mais complexos, localizados fora de sua área. Os principais níveis de programação são:

- *ações de atenção básica*: imunização, atendimentos clínicos e cirúrgicos nas especialidades básicas, odontologia preventiva, dentística, cirúrgica básica e procedimentos de profissionais de nível médio e/ou superior;
- *ações de Vigilância Sanitária*: inspeção sanitária, coleta de amostras, investigações de agravos, controle de qualidade da água e educação;
- *ações de Vigilância Epidemiológica*: procedimentos de controle de doenças transmitidas por vetores e endemias;
- *programas especiais*: Programa de Saúde da Família (PSF) ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- *atendimento ambulatorial especializado de média complexidade*: atendimentos clínicos e cirúrgicos especializados, procedimentos especializados em odontologia, órtese e prótese e serviços de apoio de diagnose e terapia de média complexidade;
- *atendimento ambulatorial especializado de alta complexidade*: hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, hemoterapia e ressonância magnética;
- *internações*.

Itens de programação

A definição do grau de detalhamento das ações de saúde em procedimentos a serem executados deve estar voltada para garantir o alcance do impacto planejado, seja na área de abrangência do próprio distrito ou com encaminhamentos para outros, e não apenas de acordo com o custo das ações, que em geral permite apenas controlar financeiramente o sistema de saúde. Visando à sua monitoração, convém que o detalhamento trabalhado permita a compatibilização com o sistema de produção¹. A seguir, descrevemos um rol de itens de programação que pode atender à proposição acima.

1. Ações de atenção básica

- vacinação, por ser responsável por um impacto específico em grupo de atendimento facilmente identificável e quantificável, a partir do programa de imunizações e da população do distrito por faixa etária;
- ações de profissionais de nível médio específicas de programas de saúde, cuja clientela, a exemplo do item anterior, é possível conhecer. Por exemplo: busca ativa de comunicantes de doenças transmissíveis, ações nos programas de controle de hipertensão arterial, desnutrição e outros.

2. Atendimento médico

- consultas nas especialidades básicas ou ainda com inclusão de algumas especialidades, mas todas com operação na área de abrangência do distrito;
- consultas nas demais especialidades em que o gestor necessita encaminhar para serviços fora de seu território. Por exemplo: cardiologia e otorrino para o distrito A, enquanto psiquiatria e neurologia terão atendimento no distrito B.

3. Procedimento médico

Pode seguir a proposta de desmembramento do item anterior, considerando sempre o grau de dependência externa ao distrito para o atendimento;

- procedimentos ortopédicos, de acordo com a especificidade da rede física necessária à sua execução.

4. atendimentos odontológicos

São reunidos em grupos de atendimento ou especialidade:

- odontológico coletivo;
- odontológico individual e preventivo;

1. Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar – SUS

- dentística;
- periodontia;
- ortodontia;
- endodontia;
- odontologia cirúrgica básica;
- odontologia cirúrgica especializada;
- traumatologia buco-maxilo-facial;
- implantodontia.

5. Patologia Clínica

Poderá ser desmembrada para garantir ações específicas de programas de saúde, como por exemplo: exames de sífilis no programa de gestantes ou segundo a capacidade instalada para bioquímica, hematologia ou outros subgrupos da patologia clínica.

6. Radiodiagnósticos

São agrupados de acordo com a rede física necessária à sua execução:

- radiodiagnóstico simples;
- radiodiagnóstico contrastado.

7. Exames ultra-sonográficos

8. Medicina Nuclear

9. Outros exames de imagenologia

- tomografia simples;
- tomografia computadorizada;
- ressonância magnética.

10. Exames hemodinâmicos

11. Outros exames especializados

Podem ser desmembrados segundo as necessidades específicas de diagnose para grupos de atendimento, como gestante de alto risco e outros.

12. Terapia renal substitutiva

13. Radioterapia

14. Quimioterapia

15. Fisioterapia

16. Hemoterapia

17. Outras terapias especializadas

Podem ser desmembradas segundo as necessidades específicas de diagnose para grupos de atendimento.

18. Prótese e órtese

19. Medicamentos

Podem ser desmembrados em função de necessidades específicas de diagnose para grupos de atendimento, como transplantados e outros.

20. Internações

Podem ser efetuados com procedimentos organizados em grandes grupos, como os descritos abaixo, ou em nível mais detalhado, como o proposto no anexo *Grupos de procedimentos*.

- tratamento clínico;
- obstetrícia;
- cirurgia geral;
- psiquiatria;
- alta complexidade:
 - cardiologia
 - epilepsia
 - lábio-palatal
 - oncologia
 - ortopedia
 - transplantes de órgãos;
- domiciliar;
- UTI:
 - geral
 - neonatal.

A relação acima proposta representa apenas um indicativo dos itens de procedimentos a serem programados, mas é fundamental que o gestor do distrito garanta, nesse processo, as especificações necessárias para o atendimento da demanda. Citamos como exemplos:

1. O distrito que não possui hospital pode programar internações como um todo, enquanto o que dispõe de unidade hospitalar de baixa complexidade deverá programar os procedimentos que serão desenvolvidos no distrito e aqueles que deverão ser encaminhados.
2. O gestor precisa programar ações para grupo específico. Programar procedimentos de quimioterapia pode não garantir o atendimento a crianças e, portanto, torna-se necessário detalhar o grupo de atendimento a que se destina a ação, permitindo que ela tenha o impacto esperado.

PROGRAMAÇÃO E A DEMANDA ESPONTÂNEA

Definir as unidades de saúde ambulatoriais ou hospitalares para execução dos procedimentos programados não é tarefa fácil, pois, se por um lado há toda uma discussão teórica de organização do sistema da saúde em função da gestão descentralizada, regionalização e hierarquização dos serviços, por outro há uma “organização” espontânea que ocorre de acordo com a credibilidade da unidade de saúde e acesso geográfico, nem sempre conhecida pelos gestores.

Tendo em vista essas divergências entre o teórico e o prático, além da ampla discussão nos conselhos locais de saúde, é necessária a implementação de centrais de regulação, item discutido no capítulo de auditoria operacional deste manual, e a monitoração da demanda espontânea. Alguns distritos utilizam câmaras de compensação para monitorar a invasão no atendimento. Essa estratégia tem se mostrado eficiente quando os distritos da região encontram-se no mesmo modelo de gestão, e mesmo assim não tem sido possível incluir na câmara de compensação as unidades de referência estaduais e nacional, que em geral prestam atendimentos de custos mais elevados.

Uma outra forma de monitorar a demanda espontânea e os usuários encaminhados por outros distritos é a pesquisa nas bases de dados disponíveis pelo Sistema Único de Saúde. Com a rápida expansão dos recursos de informática, os gestores dos distritos têm acesso à rede BBS – Bulletin Board System, do Ministério da Saúde, onde se encontram disponíveis periodicamente arquivos com dados de atendimento ocorridos em qualquer unidade vinculada ao Sistema Único de Saúde, que em vários distritos aproximam-se de cem por cento dos atendimentos prestados à população.

Com esses arquivos e aplicativo Tabwin, também disponível na BBS, o gestor terá o conhecimento de:

- quanto e qual o perfil da evasão, em que serviço e distrito ocorre e o valor pago por esses atendimentos;
 - quanto e qual o perfil de invasão, em que serviço ocorre e o valor pago por esses atendimentos.
-

O recurso acima citado, por permitir conhecer o modelo assistencial informal, possibilita a constante atividade de reprogramação dos atendimentos necessários e a reorganização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

As bases de dados nacionais são instrumentos básicos da programação, mas infelizmente só são disponíveis, com informação de residência do cliente, os dados referentes a internações hospitalares. Alguns estudos mostraram que a invasão/evasão dos atendimentos ambulatoriais de alta e média complexidade seguem o padrão do atendimento hospitalar, mas essa tendência pode ser característica da região, de acordo com a capacidade instalada, ou seja, dos serviços disponíveis.

Por outro lado, invasão e evasão de serviços se alteram lentamente, pois dependem de investimentos na reorganização e credibilidade dos serviços. Dessa forma, é suficiente conhecer seu perfil a partir de análises anuais ou semestrais, desenvolvidas em processos de amostragens.

Ao conhecer e monitorar as taxas de invasão e evasão dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, o gestor do distrito pode otimizar a utilização dos recursos financeiros disponíveis. Tem sido razoavelmente comum encontrar atendimentos de baixa ou média complexidade em hospitais universitários, que no modelo assistencial em geral devem responder por atendimentos de maior complexidade, com custo até 75% maior em decorrência de eles receberem o Fator de Incentivo de Desenvolvimento ao Ensino e Pesquisa Universitária.

TERMINOLOGIA BÁSICA PARA A PROGRAMAÇÃO

1. Área de Abrangência

Corresponde ao espaço geográfico em que a responsabilidade sobre a resolubilidade da questão da saúde, definida pelo modelo assistencial, está delegada a determinado distrito.

Por exemplo: os serviços de saúde do distrito A têm sob sua responsabilidade os prestadores de serviços aos usuários dos distritos A, B, C e D, e no período “99” atendeu usuários dos distritos A, C, G e H. A área de abrangência do distrito A corresponde aos distritos A, B, C e D.

Um distrito pode ter diferentes áreas de abrangência para diferentes serviços. Por exemplo: em patologia clínica, pode ter como área de abrangência só o próprio distrito, enquanto para radioterapia a abrangência pode ser um número maior de distritos.

2. Área de Influência

Corresponde ao espaço geográfico de residência dos usuários atendidos no distrito.

Por exemplo: os serviços de saúde do distrito A têm sob sua responsabilidade os usuários dos distritos A, B, C e D e no período “99” atendeu usuários dos distritos A, C, G e H. A área de influência do distrito A corresponde aos distritos A, C, G e H.

Há uma tendência de serviços de maior custo/complexidade ter uma área de influência maior que um serviço de menor custo/complexidade.

3. Área de Ocorrência

Refere-se ao espaço geográfico em que a ação de saúde ocorre. Como espaço geográfico podem ser classificados os distritos, microrregião, região e unidade federada.

Por exemplo: usuário residente no distrito A, atendido no hospital X, localizado no distrito B, temos o distrito B como área de ocorrência.

4. Área de Residência

Refere-se ao espaço geográfico de residência do usuário, atendido na rede própria, referenciada ou contratada, e que pode ter a mesma classificação que a área de ocorrência.

Por exemplo: usuário residente no distrito A, atendido no hospital X, localizado no distrito B, temos o distrito A como área de residência.

5. Cobertura

É a taxa de acesso de usuários potenciais ao serviço de saúde ou a programas específicos, com oferta sistematizada, proporcionada de forma contínua e em lugares geograficamente acessíveis.

6. Dados de coleta contínua

Devem ser os dados utilizados para gerar indicadores quantitativos. Por exemplo: para calcular a concentração de consultas por usuário no semestre, necessita-se do registro de todas as consultas realizadas no período. Porém, é possível estimar um indicador quantitativo a partir de um registro efetivo de dados.

Por exemplo: tendo o número de consultas médicas do primeiro semestre, podemos estimar o número de consultas médicas do ano e, conseqüentemente, o indicador anual.

7. Dados de coleta não-contínua

São os dados coletados com o objetivo de traçar o perfil do atendimento ou de pesquisa de situações específicas e podem ser:

- *periódicos*, que são os dados coletados em intervalos de tempo iguais;
- *ocasionais*, que são os dados resultantes de experimentos, pesquisas ou investigações, sem a preocupação de continuidade ou periodicidade.

Por exemplo: perfil de morbidade ou taxa de invasão. Nesses casos, a mudança no indicador depende de fatores que em geral envolvem mudanças organizacionais ou de comportamento e que, portanto, só ocorrem após um determinado período em que as ações de mudança foram desencadeadas.

Utilizando o exemplo citado nos conceitos de área de abrangência e de influência, os usuários do distrito A só deixam de recorrer aos serviços do dis-

trito B quando uma unidade do distrito A passa a ter a resolubilidade de seu problema ou, por reorganização do modelo assistencial, muda-se a referência do distrito A para outro que não o B. Nesse exemplo, temos mudança organizacional da atenção prestada e do comportamento do usuário.

8. Incidência

É o número de casos novos de doenças ou de outros fatos que ocorrem na população de determinada área de abrangência, dando uma idéia dinâmica do desenvolvimento do fenômeno.

9. Indicadores de avaliação de serviço ou epidemiológico

Terão como base a data de atendimento do usuário. Nos casos de internações, será considerada a data de alta hospitalar.

10. Indicadores de avaliação ou acompanhamento financeiro

Terão como base a data de pagamento do serviço prestado.

11. Estrutura

Disponibilidade e distribuição dos recursos humanos, físicos, financeiros e organizacionais estáveis para operação do processo de prestação de ações de saúde.

Consideramos incluídos nesse item o sistema de referência e contra-referência enquanto rede física necessária à resolubilidade dos problemas de saúde apresentados pelos usuários, ou seja, a estrutura que influi no processo e conseqüentemente no resultado, mesmo não sendo possível afirmar que há relação direta entre boas condições e resultado.

12. Processo

As atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários, relacionadas com a adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente e/ou constantes nos protocolos de atendimentos adotados pela unidade de saúde.

Também consideramos incluídos nesse item o sistema de referência e contra-referência enquanto processo para atingir a resolubilidade ou resultado.

13. Resultado

A conseqüência e/ou impacto sobre as condições de vida e saúde dos usuários, incluindo o produto, que é o resultado material do processo, a ser verificado mediante análises das mudanças:

- no estado de saúde dos usuários, atribuídas a cuidados prévios, ou seja, o efeito das ações e práticas de saúde implantadas;
 - relacionadas a conhecimentos e comportamentos tanto dos usuários como dos profissionais responsáveis pelo processo ou do modelo proposto, como no caso do sistema de referência e contra-referência;
 - satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado.
-

14. Unidade porta de entrada

É a unidade de saúde com atendimento nas especialidades médicas básicas – clínica médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica, responsável pelo primeiro atendimento do usuário no sistema de saúde e por sua entrada nesse sistema.

15. Sistema de referência

É a estratégia de encaminhar usuários para serviços de maior complexidade, previamente acordados, visando complementar a resolubilidade da unidade de saúde.

16. Sistema de contra-referência

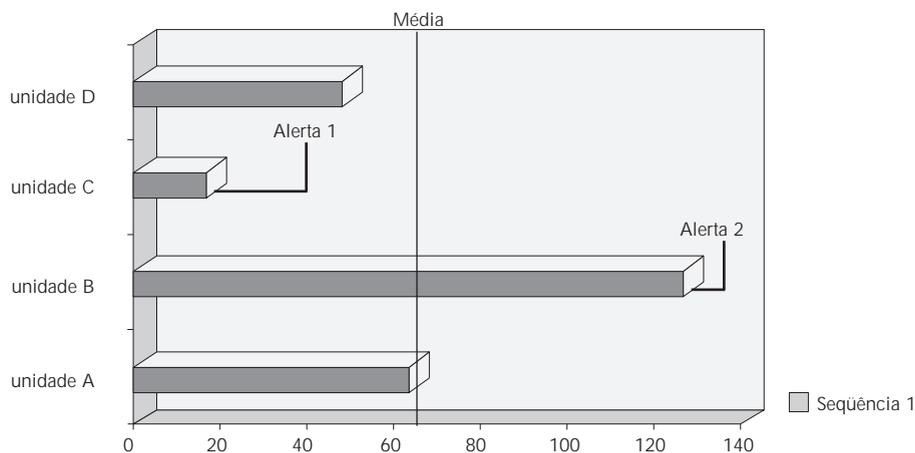
É o ato formal de encaminhamento do usuário à unidade de saúde que o referiu, após resolução da causa da referência. A contra-referência deve sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do usuário na unidade de origem.

CONSTRUÇÃO DE PARÂMETROS

Na atividade de programação, o gestor do distrito pode recorrer à análise de parâmetros de serviços prestados, devendo para tanto emitir um juízo, elaborado a partir da comparação entre a situação encontrada e a situação provavelmente ideal, sendo a situação ideal variável em decorrência do perfil de morbidade do usuário e da inserção da unidade no modelo assistencial, que pode ser retratada pela complexidade dos casos que atende.

A seguir, apresentamos uma proposta de elaboração de parâmetros que permite a comparação de taxas entre as unidades da área de abrangência, identificação de alertas, acontecimento não esperado pelo modelo implantado e definição de interferência no processo, quando necessário.

Gráfico para elaboração de parâmetro Taxa de solicitação de patologia clínica, atendimento ambulatorial, período "99"



Fonte: Sistema de Informações do distrito

Por ocasião da análise de indicadores realizada para elaboração de parâmetros a serem utilizados na programação, o técnico deve identificar a taxa média do indicador em um conjunto de unidades que possuem condições semelhantes de atuação no modelo assistencial do distrito. Em seguida, identificar os dois pontos mais distantes da média a serem questionados.

No caso utilizado como exemplo – taxa de solicitação de exames de patologia clínica em atendimento ambulatorial, por unidade requisitante – identificamos as unidades B e C como os dois pontos de alerta. A taxa de 126% da unidade C permite inferir que há solicitações desnecessárias ou superfaturamento do exame e os 15% da unidade B estão muito abaixo da média e podem significar uma má qualidade no atendimento e/ou baixa resolubilidade.

Utilizando a proposta acima, o gestor do distrito poderá constatar situações semelhantes a:

- a unidade B é identificada para atender os casos de pronto atendimento, urgência ou emergência, no período noturno, sábados, domingos e feriados, quando as outras unidades de saúde do distrito não estão atendendo. Em casos mais graves, o paciente é internado e todo atendimento é registrado na internação e não no ambulatório. Em casos não urgentes, o paciente recebe um pronto atendimento e é contra-referenciado para a unidade básica de saúde, que solicita os exames necessários.

Portanto, por sua inserção no modelo assistencial do distrito, está correta a taxa de solicitação de exames e 15% torna-se o parâmetro dessa unidade, e a alteração dessa taxa será um alerta a ser verificado.

- a unidade C é identificada como uma unidade de maior complexidade do distrito, vinculada a uma faculdade de medicina e contando com a participação de alunos no acompanhamento dos atendimentos. Essa pode ser a primeira explicação para a alta taxa de solicitação de exames. Porém, o aprofundamento da análise poderá constatar, entre outras causas, que há sub-registro nas consultas médicas, o que eleva o indicador, e também solicitação desnecessária de exames, dado o atraso na entrega do resultado. O paciente retorna para a consulta, o resultado do exame não está no prontuário e o profissional solicita novos exames.

Efetuada as devidas correções, a taxa de solicitação de patologia clínica da unidade C pode ser recalculada em, por exemplo, 70%. Essa nova taxa passa a ser parâmetro desse indicador na unidade, caracterizando-se como ponto de alerta qualquer taxa muito acima ou muito abaixo de 70 exames a cada 100 consultas.

A correção da taxa da unidade C implica a correção da taxa média do distrito, que de 62% passa para 49% e permite identificar parâmetros de necessidades de serviços a serem programados.

A metodologia de comparação de taxas acima descrita deve ser desenvolvida entre unidades em condições semelhantes de capacidade instalada e inser-

ção no modelo assistencial, no mesmo período, e pode contar com a série histórica da própria unidade para ampliar a análise.

A frequência desse tipo de análise permite construir indicadores específicos para o prestador.

ONDE PROGRAMAR

A prioridade é sempre programar em unidades próprias e para tanto é necessário basicamente estabelecer sua capacidade potencial, vinculada ao perfil de atendimento, principalmente quanto às atividades programadas, que podem contemplar parâmetros específicos e diferentes dos atendimentos não-programáticos. Os indicadores utilizados nessa atividade foram descritos anteriormente neste manual.

Após a utilização da capacidade potencial das unidades próprias, o gestor do distrito, mediante rotinas descritas no manual *Gestão de Recursos Materiais e Medicamentos*, passa a programar a execução de procedimentos em serviços conveniados e/ou contratados, tendo como instrumentos:

- a ficha de programação físico-financeira que é parte integrante do contrato e onde constam detalhadamente os procedimentos a serem executados, podendo inclusive definir o grupo de clientes que terá acesso ao serviço. Por exemplo: quimioterapia em criança ou exame X em gestantes;
- o cadastro da unidade no sistema de informação de acompanhamento dos procedimentos realizados e onde consta o nível de complexidade que o serviço está autorizado a executar.

A programação estabelece a quantidade de procedimentos que a unidade de saúde irá executar, estando cadastrada para tanto e não o contrário, quando uma unidade cadastrada para procedimentos de alta complexidade se sente no direito de executar tais procedimentos.

O gestor do distrito, sempre que necessário, poderá ampliar os dados cadastrais visando à monitorização da programação, utilizando, por exemplo, os roteiros descritos neste manual. Em geral, essa ampliação se torna necessária para procedimentos de alto custo e para clientes de grupos específicos. Atualmente, o Ministério da Saúde ampliou o cadastro para clientes em terapia renal substitutiva.

A execução da programação pode estar vinculada à prévia autorização do procedimento e, no caso de não ser centralizada em uma única Central de Regulação do distrito, torna-se necessário o cadastro das unidades e/ou profissionais responsáveis pela autorização e para os quais há de se ter rotinas sistematizadas de atualização dos procedimentos programados e unidades de saúde autorizadas para a execução.

Em resumo, a programação representa a necessidade de procedimentos para causar um impacto positivo nas condições de saúde da população do distrito e

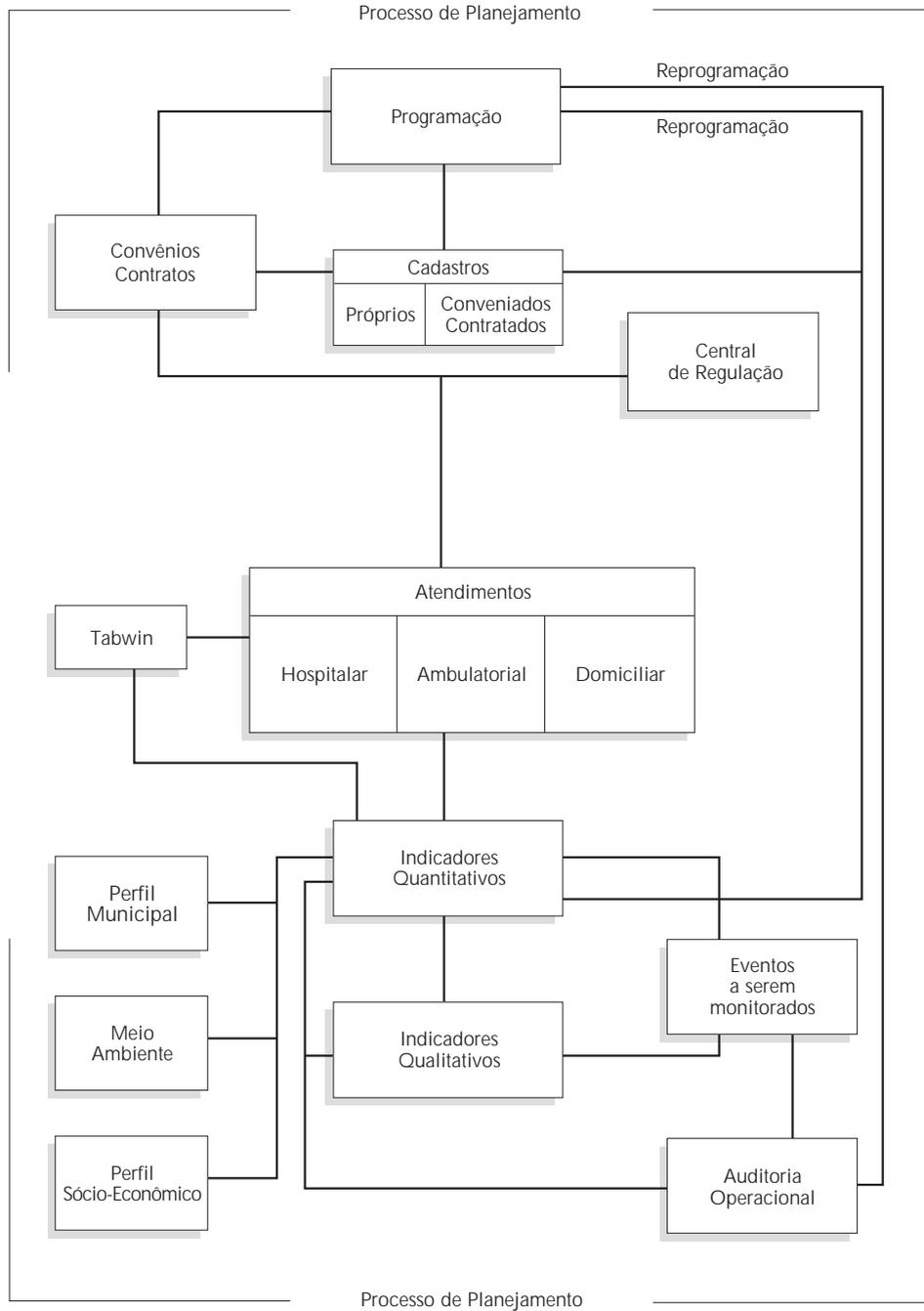
deve estar vinculada ao contrato com a unidade de saúde e aos sistemas de informações que processam os dados de produção.

MONITORIZAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO E A REPROGRAMAÇÃO

A monitorização da programação deve ser uma atividade contínua e sistematizada, visando à reprogramação dos serviços prestados, e garantir o resultado almejado por grupos de procedimentos programados, podendo ocorrer através de:

- Central de Regulação ou outras instâncias de autorização dos procedimentos programados;
 - análise do banco de dados do sistema de informação local do distrito;
 - pesquisas periódicas de invasão e evasão ambulatorial;
 - análise de bancos de dados nacionais, através de aplicativos de domínio público, tais como o Epi-Info ou Tabwin;
 - análise complementar de sistemas de informações referentes às condições sócio-econômicas e do meio ambiente.
-

Visualização das interfaces do processo de programação



ANEXO**Grupos de procedimentos**

Afecções das vias aéreas superiores
Afecções do aparelho digestivo – AIDS
Afecções do sistema nervoso – AIDS
Afecções do sistema respiratório – AIDS
Afecções osteoarticulares
Afecções otológicas
Afecções pulmonares
Afecções respiratórias da criança
Anemia aplástica e agranulocitose
Anemias carenciais
Anemias hemolíticas
Anestesia
Angina instável
Anomalias congênitas do aparelho digestivo
Anomalias congênitas do aparelho respiratório
Anomalias congênitas do recém-nascido
Atendimento de pacientes fora de possibilidade terapêutica
Biópsias cirúrgicas
Choque anafilático
Cirurgia oncológica com ressecção de tumor ósseo
(com utilização de prótese)
Cirurgia de cardiopatia congênita com uso de extracorpórea
Cirurgia de cardiopatia congênita sem uso de extracorpórea
Cirurgia da bexiga
Cirurgia da boca e face
Cirurgia da bolsa escrotal
Cirurgia da faringe
Cirurgia da mama
Cirurgia da paratireóide
Cirurgia da parede torácica
Cirurgia da pele e tecido subcutâneo
Cirurgia da próstata e vesículas seminais
Cirurgia da supra-renal
Cirurgia da tireóide
Cirurgia da traquéia
Cirurgia da uretra
Cirurgia da vagina
Cirurgia da vulva
Cirurgia das artérias e veias
Cirurgia das trompas

Cirurgia do abdome
Cirurgia do ânus
Cirurgia do coração e pericárdio
Cirurgia do cordão espermático
Cirurgia do esôfago
Cirurgia do estômago
Cirurgia do fígado e vias biliares
Cirurgia do mediastino
Cirurgia do nariz
Cirurgia do olho
Cirurgia do ouvido
Cirurgia do ovário
Cirurgia do pâncreas
Cirurgia do pâncreas e baço
Cirurgia do pavilhão auricular
Cirurgia do pênis
Cirurgia do rim e bacinete
Cirurgia do sistema linfático
Cirurgia do sistema simpático
Cirurgia do testículo
Cirurgia do timo
Cirurgia do tórax
Cirurgia do ureter
Cirurgia do útero
Cirurgia dos intestinos
Cirurgia múltipla
Cirurgia na cintura escapular
Cirurgia obstétrica
Cirurgia oncológica
Cirurgia ortopédica e traumatológica da face
Cirurgia urológica por endoscopia
Colagenoses
Cólica nefrética
Concussão – contusão cerebral
Crise asmática
Crise de hipóxia em cardiopatia congênita
Desnutrição protéico-calórica de segundo grau
Desnutrição protéico-calórica de terceiro grau
Diabetes
Diagnóstico de tumores malignos
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento
Disfunção tireoidiana
Disfunções supra-renal, hipofisária e da paratireóide

Doença reumática ativa sem cardite
Doenças bacterianas específicas
Doenças degenerativas e hereditárias do SNC
Doenças disseminadas – AIDS
Doenças dos histiócitos e plasmócitos
Doenças virais específicas
Emergência hipertensiva
Encefalites e mielites
Endocardite bacteriana
Endoscopias: biópsias, excisão, corpo estranho
Enterocolopatias não-infecciosas
Enteroinfecções abaixo de 1 ano
Enteroinfecções acima de 1 ano
Enucleação bilateral para transplante
Enxerto ósseo vascularizado
Epilepsias
Esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes
Estimulação cardíaca provisória
Estudo eletrofisiológico
Hemofilias e outros defeitos de coagulação
Hemorragia da gestação, parto e puerpério
Hemorragias digestivas
Hipertensão da gestação, parto e puerpério
Hipertensão intracraniana a esclarecer
Implante dentário osteointegrado
Implante osteointegrado extra-oral
Infarto agudo do miocárdio
Infecções causadas por espiroquetas
Infecções do aparelho geniturinário
Infecções do parto e puerpério
Infecções parasitárias específicas
Infecções por clostrídios
Infecções por protozoários
Infecções sistêmicas
Insuficiência cardíaca
Insuficiência hepática com ou sem hipertensão portal
Insuficiência respiratória
Intercorrência pós-transplante
Internação em psiquiatria
Intoxicações exógenas e envenenamentos
Leucose linfoblástica
Leucose não-linfoblástica
Lumbago

Marcapassos – instalação
Marcapassos – troca de gerador
Meningite
Miocardites e pericardites
Miopatias
Nefropatias agudas
Nefropatias crônicas
Nefroureterectomia bilateral para transplante
Nefroureterectomia unilateral para transplante
Neurocirurgia
Neurocirurgia da coluna vertebral
Neuropatias periféricas
Obstrução intestinal
Orquite e epididimite
Outras afecções do período neonatal
Outras afecções pleuropulmonares e do mediastino
Outras doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos
Politraumatismo
Prematuridade
Procedimentos diversos
Processos inflamatórios abdominais
Punções: biópsias, esvaziamento
Púrpura e outros distúrbios plaquetários
Queimados
Radioterapia cirúrgica
Redução incruenta de fraturas e luxações
Reimplante
Reparação de lesão do plexo braquial
Retalho microcirúrgico
Retirada de corpo estranho
Retirada de múltiplos órgãos e enucleação bilateral
Retirada de prótese
Retransplante de coração
Retransplante de fígado
Retransplante de pulmão
Revisão de coto amputado
Revisão e/ou reconstrução de joelho
Revisão e/ou reconstrução de quadril
RN com múltiplas malformações e/ou aberrações crônicas
Transplante de coração
Transplante de fígado
Transplante de medula óssea
Transplante de pulmão

Transplante renal
Transplante renal – equipe nefrológica
Transplante renal receptor
Transtornos cardíacos do ritmo e da condução
Transtornos do esôfago, estômago e duodeno
Transtornos do metabolismo
Transtornos hidroeletrólíticos e ácido-básicos
Tratamento cirúrgico da articulação escápulo-umeral
Tratamento cirúrgico de fraturas no tórax
Tratamento cirúrgico do fêmur
Tratamento cirúrgico da articulação coxofemoral
Tratamento cirúrgico da articulação do joelho
Tratamento cirúrgico da articulação do tornozelo
Tratamento cirúrgico da articulação escápulo-umeral
Tratamento cirúrgico da cintura pélvica
Tratamento cirúrgico da coluna vertebral
Tratamento cirúrgico da mão
Tratamento cirúrgico da perna
Tratamento cirúrgico do antebraço
Tratamento cirúrgico do braço e úmero
Tratamento cirúrgico do cotovelo
Tratamento cirúrgico do pé
Tratamento cirúrgico do punho
Tratamento cirúrgico dos músculos
Tratamento cirúrgico dos músculos e tendões
Tratamento clínico de fraturas
Tratamento clínico de traumatismo raquimedular
Tratamento clínico de tumores malignos
Tratamento clínico em obstetrícia
Tratamento com quimioterapia antilástica para tumores
Tratamento conservador de fraturas
Tratamento conservador de osteomielite e artrite
Tratamento conservador em serviço de neurocirurgia
Tratamento da AIDS
Tratamento da AIDS – fase terminal
Tratamento da AIDS em hospital-dia
Tratamento da tuberculose
Tratamento de epilepsia
Tratamento em psiquiatria em hospital-dia
Tratamento em reabilitação
Tratamento ortodôntico em lesões labiopalatais
Traumatismo crânio-encefálico
Traumatismo interno com lesão visceral

Traumatismo raquimedular
Tumores ósseos
Uropatias obstrutivas
Valvoplastia e angioplastia cardíacas
Vasculopatias agudas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALEMAN, G.; L. Ducci e M.L. Moreira. *Informações, Controle e Avaliação do Atendimento Hospitalar SUS*, Brasília, OPAS/OMS, 1995 (série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 14).
- CASTELAR, R.M.; P. Mordelet e V. Grabois. *Gestão Hospitalar - Um Desafio para o Hospital Brasileiro*, Editions ENSP, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Controle, Avaliação e Auditoria: Atos Normativos*, [organizado por Deildes de Prado et al.] Brasília, 1996.
- Guía para el Diagnóstico de Farmacias y Servicios Farmaceuticos en las Unidades de Salud*, OPS, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde*, Brasília, 1985 (série Normas e Manuais Técnicos).
- MALIK, Ana Maria. *Manual de Acreditação Hospitalar*, São Paulo (mimeografado)
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Manual de Apresentação do Sistema de Central de Vagas, versão 1:00*, Marília, 1997 (mimeografado).
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. *Manual de Funcionamento das Centrais de Leito e Informações Complementares*, Curitiba, março de 1997 (mimeografado).
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Manual de Preenchimento da Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde*, São Paulo, 1997 (mimeografado).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do Sistema de Informação Ambulatorial*, Brasília, 1996 (mimeografado).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do Sistema de Informação Hospitalar*, Brasília, 1996 (mimeografado).
- Manuais Operativos Paltex*, Washington, OPS, 1996, volume II D.C.
- NETO, Benedito Rodrigues Rosa. *Instrumento de Avaliação Hospitalar*. São Paulo, 1987 (mimeografado).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*, Brasília, 1994 (série Saúde & Tecnologia).
- NOVAES, H.M. e PAGANINI, J.M. *Padrões e Indicadores de qualidade para hospitais*, Brasília, OPS/MAS, 1994
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Roteiro de Visita Ambulatorial*, Brasília, (mimeografado).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Roteiro de Visita Hospitalar*, Brasília, (mimeografado).

OS AUTORES

GILSON CALEMAN

Médico sanitário, especialista em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (PROAHS - FGV), professor da Faculdade de Medicina de Marília, diretor-geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília.

e-mail: gilson@famema.br

MARIZÉLIA LEÃO MOREIRA

Socióloga, pesquisadora e consultora técnica das áreas de Informação e Avaliação de Serviços da Saúde, diretora do Centro Técnico Normativo do Grupo Técnico Normativo de Auditoria e Controle da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

e-mail: mmoreira@saude.sp.gov.br

MARIA CECÍLIA SANCHEZ

Médica sanitária, mestranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP - USP), assistente técnica de coordenação da Coordenadoria de Saúde do Interior da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço para correspondência: Av. Dr. Arnaldo, 351 - 5º andar - sala 501 - São Paulo/SP - CEP 01246-904