



Publicação da Associação
Brasileira de Medicina Preventiva
e Administração em Saúde

Editores

Dr. Ivomar Gomes Duarte
Dra. Daiane da Silva Oliveira

Correspondência: Avenida Brigadeiro Luís Antonio, 278
- 7º andar - CEP 01318-901 - São Paulo, SP
E-mail: ras@apm.org.br

Conselho Editorial

Dr. Alberto H. Kanamura - SP
Dr. Angelo Felicissimo - SP
Dr. Antonio Quinto Neto - RS
Dra. Deborah Pimenta Ferreira - SP
Dr. José Agenor M. Silveira - SP
Dr. José Manoel C. Teixeira - SP
Dr. José Maria Rezende - PR
Dr. José Rodrigues Filho - PE
Dr. Haino Burmester - SP
Dr. Ivomar Gomes Duarte - SP
Dr. Milton Menezes da Costa - DF
Dr. Olimpio José Nogueira V. Bittar - SP
Dr. Silas Guedes de Oliveira - AM
Dr. Walter Cintra Ferreira Jr. - SP
Dra. Wanda dos Santos Andrade - CE

Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

(Fundada em São Paulo no
dia 26 de novembro de 1976)

Diretoria

Presidente:

Dr. Anísio de Moura

1º Vice-Presidente - SP:

Dr. Haino Burmester

2º Vice-Presidente - DF:

Dr. Milton Menezes da Costa Neto

3º Vice-Presidente - RS:

Dr. Cláudio José Allgayer

Secretário Geral:

Dr. Fernando Augusto Tavares Canhissares

2º Secretário:

Dr. Rubens Baptista Junior

1º Tesoureiro:

Dra. Marisa Madi Della Coletta

2º Tesoureiro:

Dra. Daiane da Silva Oliveira

Diretor Científico:

Dr. Luis Augusto Sales Lima Pihan

A RAS encontra-se indexada nas
Bases de Dados Bibliográficos
AdSaude - FSP-USP, LILACS e Latindex

Filiada à



PRODUÇÃO EDITORIAL



Uma empresa do Grupo ZP

Rua Bela Cintra, 178, Cerqueira César
São Paulo/SP - CEP 01415-000
Tel.: 55 11 2978-6686
www.zeppelin.com.br

Para anunciar nesta revista:

Departamento de Publicidade (Zeppelin Editorial)
publicidade@zeppelin.com.br
Te.: +55 11 2978-6686

Editorial

Em 7 de dezembro de 2011, a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29) foi finalmente aprovada pelo Senado. Foram mais de dez anos de 'vai e vem', envolvendo o Senado, a Câmara, os Ministérios Econômicos, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Discussões exaltadas foram realizadas entre várias correntes de pensamento, e a questão do financiamento e da criação, ou não, de novos impostos ou contribuições acabou dominando-as.

A proposta de regulamentação aprovada não foi aquela esperada há vários anos e apoiada em vários editoriais da Revista de Administração em Saúde (RAS). O Senado também, devido à repercussão eleitoral negativa, taticamente evitou a criação de mais um imposto ou contribuição social, que, inicialmente vinculado à saúde, acabaria indo pouco a pouco para a vala comum da imensa carga fiscal brasileira, por meio dos já conhecidos processos de desvinculação das receitas da União. A proposta que a Câmara enviou ao Senado também não foi aquela apoiada pelas entidades médicas, a qual aumentaria anualmente em R\$ 31 bilhões (com base no orçamento de 2011) os gastos federais com saúde, por sua vinculação a 10% das receitas fiscais da União.

O insuficiente financiamento, principalmente da parcela entendida como de responsabilidade federal, tem sido sempre o principal 'bode espiatório' para justificar a maioria dos problemas que o sistema de saúde brasileiro apresenta.

Entretanto, um artigo publicado na 52ª edição da RAS, intitulado de "Emenda Constitucional nº 29: análise do gasto público estadual em saúde de 2004 a 2010 no Brasil", de autoria de Renata Maria Costa, Fabíola Sulpino Vieira, Chennyfer da Rosa Paim e Paola Zucchi, aponta que vários estados brasileiros não destinam o percentual de 12% para a saúde. Em 2009, alguns estados, como Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Paraná e Mato Grosso, não destinavam 12% de recursos próprios à saúde. Alguns realizavam manobras contábeis para atingir esse valor, incluindo gastos com merenda escolar, manutenção de cemitérios, assistência médica aos funcionários públicos e planos de saúde de parlamentares e magistrados como gastos em saúde pública. O mesmo estudo destaca o estado de Amazonas, que gastou 21,36% dos recursos próprios em saúde no período.

Apesar de a regulamentação da EC-29 não atender às expectativas quanto aos limites financeiros, sua aprovação representa um grande avanço, ao definir claramente o que são 'gastos em saúde' para efeito de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, a luta continua.

As várias entidades do setor da saúde, tendo à frente a Associação Médica Brasileira (AMB), bem como outras diversas entidades envolvidas na construção do SUS, continuarão na luta para, mediante projeto de lei de iniciativa popular, definir e vincular percentuais de recursos federais destinados obrigatoriamente ao SUS.

Por outro lado, continuar racionalizando a gestão do SUS, combater os desvios, os desperdícios e a corrupção continuam sendo uma ótima ideia.

Enquanto isso, nós da Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde continuamos nosso trabalho voluntário em prol de melhores condições de saúde, mediante a divulgação de modelos gerenciais e tecnologias de gestão, buscando uma gestão pública mais séria, competente e republicana. Nesse sentido, estamos editando mais um exemplar da RAS com vários artigos com tal objetivo.

Tenham uma boa leitura.

Ivomar Gomes Duarte
Editor da RAS
ras@apm.org.br



A Revista de Administração em Saúde (RAS) é publicação oficial da Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde, a qual tem o objetivo de divulgar trimestralmente textos de análises, pesquisas e relatos referentes à medicina preventiva; gestão em saúde; administração sanitária; administração hospitalar, de serviços e sistemas de saúde; aos recursos humanos em saúde e a temas conexos. As colaborações oriundas principalmente dessas áreas do conhecimento devem obedecer aos seguintes formatos:

• Tipos de colaboração aceitos pela revista

ARTIGOS ORIGINAIS – Trabalhos que apresentem reflexão sobre problemas da realidade sanitária brasileira ou que se fundamentem em pesquisa empírica, ensaio clínico ou pesquisa relevante. Devem conter os seguintes elementos: introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia.

ARTIGOS DE REVISÃO – São trabalhos que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO – São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse para a área de administração em saúde, novas técnicas ou novos modelos de gestão, por exemplo, e que têm características distintas de um artigo de revisão bibliográfica.

RELATO DE CASO – São artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou um problema, através de exemplo.

DOCUMENTOS – Oficiais ou não, considerados importantes para o momento ou que tenham um conteúdo de pertinência para o estudo da administração em saúde.

DEPOIMENTOS – Relatos ou entrevistas contendo impressões sobre experiências profissionais aplicadas ou sobre temas atuais relacionados com nossa realidade socioeconômica.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS – Análise crítica de livros, artigos, sítios da INTERNET, teses e monografias editadas no Brasil e no exterior e consideradas de interesse para o estudo da administração em saúde e ciências afins.

CARTAS À REDAÇÃO – Serão publicados comentários, críticas, sugestões e esclarecimentos referentes à temática ou observações referentes à própria revista, recebidos através de cartas ou e-mails.

• Forma de apresentação dos originais

1. Os originais deverão ser encaminhados por e-mail, digitados no programa WORD for WINDOWS, ou impresso em papel tamanho A4.

2. Os originais deverão apresentar as seguintes informações sobre o autor:

- instituições a que está ligado;
- cargos que ocupa;
- formação acadêmica;
- titulação do autor;
- endereço profissional completo, CEP e e-mail.

3. Os Artigos Originais, Revisões, Atualização, Relatos de Caso e similares devem ser apresentados contendo resumos e palavras-chave em português (resumo e palavras-chave) e em inglês (abstract and key-words). Os resumos não deverão exceder 200 palavras e o campo palavras-chave (no máximo 6) em português e inglês. Para a seleção dos descritores (palavras-chave) recomenda-se a utilização do DESC-Descritores em Ciências da Saúde conforme acesso INTERNET (<http://decs.bvs.br/>).

4. O título do artigo deve ser o mais conciso possível, porém suficientemente informativo, e apresentado em português e em inglês.

5. As referências bibliográficas devem ser numeradas na ordem em que aparecem primeiramente no texto e apresentadas ao seu final. As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com uma seqüência estabelecida pela primeira menção da tabela ou da figura no texto.

• Critérios de autoria

1. A inclusão de um autor em um trabalho encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que:

a) o autor participou da concepção e do planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências, b) escreveu, revisou ou tomou parte em todas as redações preliminares e na definitiva e aprovou a versão final.

A simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados autores auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de Departamentos não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito agradecimento especial.

2. Os autores deverão informar as fontes de fomento ou de financiamento do trabalho, caso houver, bem como declaração de ausência de conflito de interesse.

3. A responsabilidade pelos conceitos emitidos e conteúdos dos trabalhos cabe inteiramente aos autores dos mesmos.

• Apreciação pelo Conselho de Redação

Os trabalhos submetidos à publicação serão examinados pelo Conselho de Redação, composto por, pelo menos, três membros do Conselho Editorial. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus trabalhos.

Os artigos aceitos para publicação poderão sofrer revisões editoriais de estilo visando melhorar sua clareza e facilitar o entendimento, preservado o conteúdo.

Os trabalhos devem ser enviados para:

Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 278 - 7o andar - São Paulo, SP.
CEP 01318-901 - e-mail: ras@apm.org.br



Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde

Selection of assistance indicators for health quality monitoring

Sylvia Lemos Hinrichsen¹, Paulo Eduardo de Goes Hinrichsen², Tatiana de Aguiar Santos Vilella³, Cristina Lúcia Ferraz Oliveira⁴, Mislene Campos⁵, Georgia Sabino⁶, Luana Possas⁷, Fabio Ranieri Barros⁸

Palavras-chave

Qualidade
Indicadores
Segurança do paciente
Gerenciamento de risco
Saúde

Keywords

Quality
Indicators
Patient safety
Risk management
Health care

RESUMO

O objetivo deste estudo foi definir uma lista de indicadores de qualidade de saúde e riscos ao paciente. No período de 1 ano, foi desenvolvido um estudo piloto descritivo baseado na gestão organizacional de um hospital geral, privado, de alta complexidade, da rede sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Para a coleta de dados, foi utilizada a literatura, referente aos indicadores de saúde e as metas internacionais de segurança do paciente. Equipes multidisciplinares foram formadas para discutir e escolher indicadores de saúde representativos para o monitoramento da qualidade e melhorias da segurança do paciente. Quatorze categorias pré-definidas relativas à qualidade foram escolhidas e um conjunto de indicadores de segurança do paciente. Cinquenta e quatro indicadores de qualidade foram selecionados, de acordo com as 14 categorias e 12 grupos relacionados à gestão de riscos. Indicadores são importantes ferramentas de controle da qualidade e fornecem bases para melhorar a segurança do paciente.

ABSTRACT

The objective of this study was to define a list of health care quality and risk indicators. In a 1-year period was developed a pilot descriptive study based on the organizational management of a high complex, private, general, sentinel Agência Nacional de Vigilância Sanitária network hospital. For data collection, the literature concerning health indicators and the international patient safety goals was used. Multidisciplinary teams were formed to discuss and choose representative health quality list indicators for monitoring patient safety improvements. Fourteen pre-defined quality categories were chosen and a set of safety patient management indicators. Fifty-four quality care indicators were selected, according to 14 categories, and 12 groups related to risk management. Indicators are important control quality tools and provide basis for improving patient safety.

Trabalho realizado no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Infectologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Centro de Estudos do Hospital Memorial São José – Recife (PE), Brasil.

1. Médica Infectologista; Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Infectologia da Disciplina de Biossegurança e Controle de Infecções da UFPE, Recife (PE), Brasil; Gerência de Qualidade Médica e Gestão de Riscos do Centro de Estudos do Hospital Memorial São José – Recife (PE), Brasil.
2. Economista; Consultor Associado em Gestão de Projetos/Segurança Alimentar do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Infectologia da UFPE – Recife (PE), Brasil.
3. Farmacêutica; Biomédica; Pesquisadora Associada em Gestão de Projetos/Biossegurança e Controle de Infecções do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Infectologia da UFPE – Recife (PE), Brasil.
4. Enfermeira; Controladora de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do Centro de Estudos do Hospital Memorial São José – Recife (PE), Brasil.
5. Engenheira de Segurança do Trabalho do Centro de Estudos do Hospital Memorial São José – Recife (PE), Brasil.
6. Analista de Planejamento e Gestão do Centro de Estudos do Hospital Memorial São José
7. Enfermeira Controladora de Riscos Assistenciais/Qualidade e Segurança do Paciente do Centro de Estudos do Hospital Memorial São José – Recife (PE), Brasil.
8. Médico Anestesiologista; Consultor Associado em Segurança do Paciente do Centro de Estudos do Hospital Memorial São José – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Sylvia Lemos Hinrichsen – Rua Jornalista Guerra de Holanda, 158/2601 – Casa Forte – CEP 52061-010 – Recife (PE), Brasil – E-mail: sylviahinrichsen@hotmail.com

Recebido em:
04/10/2011

Aprovado em:
20/12/2011

Conflito de interesse:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

INTRODUÇÃO

Para avaliar a qualidade da assistência, é necessário que sejam traduzidos os conceitos e as definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados¹⁻⁶.

Os indicadores são variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos. É a variável que descreve uma realidade, devendo, para isso, ter as características de uma medida válida em termos estatísticos⁷⁻¹⁰.

São características de um indicador:

- exatidão: possibilidades mínimas de erro;
- confiabilidade: mesmas medidas podem ser obtidas por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento;
- simplicidade: registros e medidas sem dificuldades;
- pertinência: estar correlacionado ao fenômeno ou critério que está sendo examinado;
- validade: medir efetivamente o fenômeno ou critério;
- sensibilidade: detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina^{8,10}.

A finalidade de um indicador é otimizar tomadas de decisão em relação à definição do objeto (o que fazer); ao estabelecimento de objetivos (para que fazer); às opções metodológicas (como fazer); à previsão de meios e recursos (com quem e com o que fazer) e à organização da sistemática de avaliação (taxação de valor); cujo valor é a transformação desejada daquela realidade no tempo⁷⁻⁹.

Na construção de indicadores institucionais de desempenho, é fundamental conhecer as diretrizes e políticas da organização (visão, missão, negócio, e valores), assim como os seus objetivos estratégicos (recursos humanos, financeiro, atuação de mercado) e perspectivas (responsabilidade social, resultados/financeiro, clientes, conhecimento e processos), dentro de uma metodologia que inclua o que é estratégico, o que é gerencial e o que é operacional⁷⁻¹⁰.

São vários os indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência hospitalar e, entre eles, os mais referidos são: taxa de mortalidade; tempo de permanência; taxa de readmissão imediata; taxa de infecção hospitalar; complicações cirúrgicas e percentual de cesárias. Os critérios para a seleção dos indicadores devem estar baseados em sua relevância para a instituição em atendimento à sua

missão; nas necessidades dos pacientes, com ênfase no perfil; nos tipos de serviços que o hospital oferece; nos processos que apresentam alto risco aos pacientes; nos procedimentos em grande volume; nas questões contingenciais, nas áreas foco estabelecidas pelo planejamento estratégico e na sua utilização no monitoramento de melhorias da qualidade¹⁰⁻¹².

Nesse sentido, programou-se o presente trabalho, que teve como objetivo geral o de selecionar indicadores de saúde que possam ser utilizados na quantificação da qualidade assistencial prestada ao paciente durante sua hospitalização.

METODOLOGIA

No período de 1 ano (janeiro de 2009 a janeiro de 2010), realizou-se um estudo-piloto, descritivo, com base na gestão organizacional de um hospital geral, privado, de alta complexidade, da Rede Sentinela/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), cujos objetivos foram:

- identificar, selecionar e organizar uma lista de indicadores em saúde que representasse a qualidade assistencial e a segurança do paciente durante todo o seu processo de internamento hospitalar;
- criar bases para o desenvolvimento da cultura da qualidade e segurança do paciente por meio do monitoramento quantitativo de atividades com potencialidades de riscos para o paciente e qualidade da instituição.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados dados da literatura referentes à seleção de indicadores hospitalares que subsidiasse a implantação de um sistema de indicadores^{2,3,10}.

As atividades de seleção dos indicadores foram desenvolvidas em quatro fases, junto às equipes multidisciplinares envolvidas no processo de qualidade institucional, tendo como base relatórios escritos advindos das evidências científicas pesquisadas.

Fase I – janeiro de 2009 a março de 2009

Inicialmente, foi instituído um grupo de estudos composto pelos autores, componentes do projeto de gestão de risco do hospital, como responsáveis pela seleção dos indicadores tendo como base evidências científicas a serem consultadas. Esse grupo passou a ser chamado de “grupo da qualidade” cuja principal função, no estudo, seria o de definir os indicadores a serem trabalhados pela instituição, focando-os para a realidade

de um serviço de saúde, seja do tipo público ou privado, com interfaces aos diversos setores para um bom acompanhamento e base das melhorias dos resultados obtidos, focadas em processos de qualidade e segurança do paciente.

Durante esse período foram selecionados um número total de grupos de indicadores, tendo como base a literatura consultada, mostrando os que estariam relacionados à qualidade assistencial, à produção assistencial e à pesquisa, além dos que estariam associados à qualidade dos prontuários e aos demais aspectos diversos da assistência, incluindo os relativos ao gerenciamento de riscos¹⁰⁻¹⁵.

Na revisão da literatura foram feitas consultas à MEDLINE, SciELO e PubMed, definindo como descritores: “qualidade”, “segurança do paciente” e “indicadores de saúde”; além da leitura de manuais de acreditação/qualidade¹³⁻²⁰.

Fase II – abril de 2009 a junho de 2009

Para que o conjunto de indicadores selecionados refletisse a realidade da instituição (privada) de modo a permitir a percepção e a necessidade de seus provedores de assistência, formaram-se grupos de discussão, composto pela administração, comissões clínicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, emergência e ambulatórios, clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria entre outros, para trabalhar focado equipes segundo as atividades de cada setor/serviço.

A partir de encontros semanais de duas horas, num mesmo dia/horário, nos quais todos, após estudarem os grupos de indicadores selecionados²⁰⁻²², discutiam sobre quais os indicadores que poderiam ser usados para cada grupo que representassem o monitoramento da qualidade assistencial e que melhorias advindas de seus resultados deveriam ser monitoradas.

Todas as observações oriundas (sejam de críticas/qualidades, problemas da instituição ou sugestões de indicadores, entre outras) eram redigidas durante as reuniões por um relator, seguindo os consensos dos grupos. Após as reuniões, essas manifestações foram transcritas em um banco de dados para análise posterior pelo grupo gestor responsável pela qualidade assistencial.

Fase III – julho de 2009 a setembro de 2009

Nessa fase, foi feita a análise e seleção dos indicadores (segundo disponibilidade, confiabilidade, validade,

simplicidade, discriminabilidade, sensibilidade, abrangência, utilidade e ética) sugeridos e os encontrados na literatura, além das manifestações compiladas pelos grupos, resultando num grupo inicial de indicadores focados na área assistencial (geral e específica) e administrativa.

Após essa primeira seleção, o conjunto de indicadores sugeridos pelo grupo foi submetido a uma enquete de opinião (*survey*), por meio de discussões, em grupo, direcionadas à seleção dos principais indicadores de cada setor, segundo grau de importância, quantificados por meio de notas de 5 a 10 para cada indicador¹⁰.

Dessa forma, a partir dos indicadores selecionados com maior pontuação segundo categorias, definiram-se os indicadores mais fortes (com base nos escores obtidos) que representariam a qualidade assistencial prestada pelo hospital.

As categorias pré-definidas para a seleção dos indicadores foram: (1) permanência; (2) mortalidade; (3) resolubilidade; (4) prescrição; (5) prontuários e informações; (6) exames; (7) cirurgia e bloco cirúrgico; (8) partos/cesarianas; (9) infecções; (10) microbiota; (11) eventos adversos; (12) quase falhas; (13) eventos sentinela e (14) administrativo geral, além dos que pudessem estar relacionados aos riscos do paciente, segundo padrões internacionais de segurança¹⁴. Denominou-se esse conjunto de indicadores como os de gerenciamento de riscos^{14,20}.

Definiu-se como evento adverso: a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde; quase falha: qualquer variação de um processo que não afeta um resultado, mas cuja recorrência acarreta grande chance de uma consequência adversa grave; evento sentinela: a ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função¹⁴.

Fase IV – outubro de 2009 a janeiro de 2010

Após a seleção dos indicadores segundo categorias definidas, processou-se a documentação para a implantação das rotinas/frequências de coleta.

Cada indicador teve seus objetivos claramente definidos, assim como os dados que o gerassem (desde a coleta até o processamento), cálculos previstos, o padrão aceitável para seus resultados, as estratificações possíveis, entre outros.

Como resultado, ficou estabelecido que, ao final, dos estudos/definições o escritório da qualidade deveria editar o Manual de Indicadores Assistenciais do Hospital, e, ao mesmo tempo, os indicadores deveriam ser analisados

por um grupo constituído por representantes e lideranças selecionadas com objetivo de definir o conjunto de dados que irão compor a base de dados sobre os pacientes a fim de garantir que todos os dados necessários para a obtenção dos indicadores estivessem presentes e acessíveis aos diversos setores/equipes. Nessa fase, também foram determinadas as fórmulas para cálculos, assim como valores de metas referenciais segundo bases de evidências científicas²¹.

Para a validação e avaliação do impacto dos indicadores, estabeleceu-se que estas deveriam ser feitas de acordo com a periodicidade estabelecida (mensal para todos os indicadores) segundo a política institucional para a ampla divulgação dos resultados por relatórios escritos e ou apresentados em reuniões com as equipes e/ou por *intranet* do hospital.

Recomendou-se que para o monitoramento da qualidade assistencial na instituição de saúde fosse implantado um modelo de indicadores composto por cinco fases:

- fase I: planejar (definir o foco e equipe de estudo, entendendo o objeto do estudo e selecionando organizações parceiras);
- fase II: coletar (definir o método da coleta, coletar as informações e registrar as conclusões);
- fase III: analisar (identificar os diferenciais, determinar as causas dos diferenciais e projetar desempenho futuro);
- fase IV: adaptar (adequar práticas, comunicar resultados e obter o aceite, definindo metas e planos);
- fase V: melhorar (implementar planos de melhoria, monitorar resultados e reavaliar metas).

Também foi sugerida a implementação da sistematização da coleta de indicadores, como ferramentas de qualidade/segurança do paciente, assim como planos de melhorias da qualidade e segurança do paciente quando não atingidas as metas pré-estabelecidas pela instituição, segundo resultados encontrados por meio das medições que viessem a ser realizadas.

RESULTADOS

Como resultados, foram selecionados 54 indicadores segundo os 14 grupos pré-determinados, relativos à qualidade assistencial, além dos relativos à segurança do paciente segundo 12 categorias de riscos, dos quais 6 eram relacionados às metas internacionais de segurança²³. (Quadros 1, 2 e 3).

DISCUSSÃO

Os indicadores fazem parte do sistema de medição adotado por qualquer instituição. São modelos de representação, tanto quantitativa quanto qualitativa, de características e propriedades de uma dada realidade (processos, produtos, organizações e serviço) e que chama a atenção para determinado aspecto do produto ou de serviço⁷⁻¹⁰.

A finalidade de um indicador é o de otimizar tomadas de decisão em relação à definição do objeto de ação (o que fazer); ao estabelecimento de objetivos (para que fazer); às opções metodológicas (como fazer); à previsão de meios e recursos (com quem e com o que fazer) e à organização da sistemática de avaliação (taxa de valor); cujo o valor é a transformação desejada da realidade no tempo⁷⁻¹⁰.

A finalidade dos indicadores é analisar as condições do processo e do produto/serviço e compará-las com os padrões estabelecidos, contribuindo para a verificação de desvios e conseqüente busca de melhorias, mantendo e aprimorando o nível de qualidade⁷⁻¹⁰.

Observou-se durante todas as fases do estudo que são inúmeros os indicadores relacionados à saúde e que estes variam segundo prioridades de cada serviço/instituição. Entretanto, em todas as listas existentes, é comum que, na escolha de um indicador, o foco de todo avaliador seja a coleta dos dados; a quantificação/medição e a tomada de decisão (se identifica o problema e propõe soluções; se controla e melhora o processo; se há protocolos revistos e aprovados e se os colaboradores são qualificados)^{7-10,14}.

Não é fácil introduzir conceitos e ou a cultura da qualidade e segurança do paciente, especialmente a de monitoramento dessas atividades por meio de indicadores, como ferramentas de gestão²⁰. Por isso, várias foram as reuniões com estudos e discussões para que se chegasse a um consenso de uma lista com indicadores que refletissem a qualidade e segurança do paciente, que sem a menor dúvida, foi fundamental a sistematização de encontros semanais, utilizando uma metodologia em que todos estudassem o tema, discutissem suas dúvidas e/ou críticas e buscassem as evidências científicas trazendo-as às realidades e práticas existentes institucionais de modo a gerar coletas factíveis que pudessem ser incorporadas às diversas rotinas assistenciais²⁴. Com essa metodologia todos os membros do grupo comprometem-se a semanalmente estudarem e discutirem o tema focado, o que fundamentou as bases para uma cultura de qualidade e segurança por meio de suas lideranças e exemplos.

Quadro 1. Indicadores selecionados relativos à qualidade assistencial. Recife 2009–2010.

Categoria	Indicador proposto
Permanência	Média de permanência hospitalar Tempo de permanência na Emergência/Urgência Tempo de permanência hospitalar maior ou igual a 90 dias
Mortalidade	Perinatal Com causa indefinida Geral e por especialidades Perioperatória Maior ou igual a 24 horas Óbito por anestésicos Número de necropsias
Resolubilidade	Índice de retorno à emergência/urgência em 24 horas com o mesmo motivo clínico
Prescrição	Prescrição sem data, hora, assinatura e carimbo do conselho profissional Prescrições sem etiqueta de identificação Ilegibilidade nas prescrições evoluções Se uso de antibióticos terapêutico ou profilático
Prontuário e informações	Índice de prontuários incompletos (sem data, horário de evolução, assinatura, carimbo e plano diagnóstico/terapêutico) Taxa de sumário de alta incompleto (sem instruções de acompanhamento) Taxa de prontuários com primeira consulta/avaliação admissional em branco
Exames	Percentual de exames laboratoriais repetidos Tempo de realização de exames/laboratoriais/imagem/radiodiagnóstico) desde solicitação médica Tempo de emissão de laudos (laboratoriais/imagem/radiodiagnóstico)
Cirurgia e bloco cirúrgico	Cancelamento de cirurgias (motivos administrativos e clínicos) Cancelamento de procedimentos invasivos diagnósticos Reintervenções não programadas Atrasos em cirurgia Índice de internações não programadas
Partos/cesarianas	Taxa de parto normal Taxa de cesárea geral e em pacientes sem cesariana prévia
Infecções	Episódios de ISC Episódios em infecção urinária pós-cateterização Episódios de PAV Episódios de infecção associada a CVC Episódios de infecção por MRSA Número de infecções de notificação compulsória admitidos na instituição
Microbiota	Micro-organismos encontrados por material coletado Micro-organismos encontrados por setor do hospital Perfil de sensibilidade dos micro-organismos aos antimicrobianos
Eventos adversos	Quantidade de quedas com dano em pacientes Quantidade de queimaduras por placa de bisturi Quantidade de úlcera de pressão Quantidade de perdas de sonda (SNG e SNE) Quantidade de perdas de SVD Quantidade de perdas de CVC Quantidade de flebites Quantidade de extubação acidental Quantidade de reações adversas devido a hemoderivados (imediatas e tardias) Quantidade de interações medicamentosas Quantidade de reações adversas e alergias à medicamentos
Quase falhas	Quantidade de não conformidades na administração de medicamentos (especificar tipo de problema detectado)
Eventos sentinela	Morte materna Erro de cirurgia: local ou paciente Quedas em centro cirúrgico/UTIs (com e sem danos)
Administrativo- geral	Índice de satisfação dos pacientes Índice de satisfação dos profissionais Acidentes de trabalho (biológicos, físicos, químicos, ergonômicos, outros)

ISC: infecção em sítio cirúrgico; PAV: pneumonia associada à ventilação mecânica; CVC: cateter venoso central; MRSA: *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente; SNG: sonda nasogástrica; SNE: sonda nasoenteral; SVD: sonda vesical de demora; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

Quadro 2. Indicadores selecionados da qualidade assistencial segundo a gestão de risco e segurança do paciente. Recife 2009–2010.

Riscos	Indicador proposto
Flebite	Índice de casos de flebite em pacientes com acesso venoso periférico
UP	Índice de prevalência de UP
TVP	Índice de pacientes clínicos em risco de TVP
PRM	Índice de PRM (eventos) no período/paciente dia no período de internação
Problemas relacionados à hemotransusão	Índice de reações (eventos) imediatos à transfusão sanguínea
PRE	Índice de PRE (eventos) no período/paciente dia no período de internação
Intercorrências com serviços auxiliares de diagnóstico terapêutico	Taxa de intercorrência nos exames ADT Taxa de cancelamento de exames de diagnóstico por imagem por preparo inadequado IR
Infecções relacionadas à assistência/hospitalares	Índice de infecção em pacientes submetidos à hemodiálise Índice de ISCS Índice de PAV Índice de ISC Índice de ITU relacionada à SVD Adesão ao protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica
Segurança ocupacional	Índice de acidentes laborais por tipo de riscos (biológico, químico, físico, ergonômico e quedas) Índices de acidentes laborais com danos ao profissional de saúde Índice de acidentes com material perfuro cortante/material biológico
Intercorrências relacionadas à UTIs*	Índice de broncoaspiração Índice de pneumotórax após procedimento invasivo/cirúrgico Taxa de extubação não programada Taxa de extubação acidental
Ecologia hospitalar/microbiota	Tipo de agentes isolados segundo material de coleta e unidade de internação Consumo de antibióticos segundo tipos de micro-organismos Perfil de sensibilidade aos antimicrobianos
Intercorrências relacionadas ao centro cirúrgico	Prevalência de lesões por: laser, queimaduras, radiação, soluções químicas (antissépticas/farmacêuticas), por posicionamento Índice de morte por parada cardíaca na SRA e SRPA Prevalência de pacientes com hipotermia

UP: úlcera de pressão; TVP: trombose venosa profunda; PRM: problemas relacionados à medicamentos; PRE: problemas relacionados à equipamentos; ADT: auxiliares de diagnóstico e terapêutica; IR: índice de recoleta; ISCS: infecção de corrente sanguínea relacionada à cateter; ISC: infecção em sítio cirúrgico; PAV: pneumonia associada à ventilação mecânica. ITU: infecção do trato urinário; SVD: sonda vesical de demora; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; SRA: sala de recuperação anestésica; SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

Quadro 3. Indicadores selecionados da qualidade assistencial segundo as metas internacionais de segurança do paciente. Recife 2009–2010.

Meta	Indicador proposto
Meta 1* Identificação correta do paciente	Índice de pacientes identificados corretamente
Meta 2* Comunicação efetiva	Índice de conformidade no registro de ordens verbais às prescrições do paciente
Meta 3* Segurança de medicamentos de alto risco	Índice de medicamentos de alta vigilância disponibilizados segundo protocolos de segurança do paciente
Meta 4* Cirurgia Segura	Índice de pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos com <i>checklist</i> de segurança
Meta 5* Redução de infecções hospitalares (IH)/relacionadas à assistência à saúde (IRAS)	Taxa de adesão à higienização das mãos antes e após procedimentos em pacientes
Meta 6* Redução de risco de quedas com danos em pacientes	Índice de quedas com danos (causas e tipos de danos)

IH: infecções hospitalares IRAS: infecções relacionadas à assistência à saúde.

(*) Como atender às metas:

- **Meta 1:** utilizando a dupla checagem, nome completo do paciente e data de nascimento, a cada procedimento; ou nome completo e registro;
- **Meta 2:** ao receber prescrições médicas ou resultados de exames por telefone, o enfermeiro deve solicitar o registro profissional do médico, registrar o que foi ouvido no prontuário e repetir para o mesmo o que foi escrito. O médico deverá carimbar e assinar a prescrição em até 24 horas;
- **Meta 3:** (a) definir como medicamento de alto risco; (b) identificar os medicamentos de alto risco com etiqueta na cor vermelha e armazenando na farmácia em prateleiras da mesma cor; (c) disponibilizando os medicamentos de alto risco nos setores, envolvidos em um saco vermelho com identificação do paciente; (d); acondicionar os medicamentos de alto risco nos setores, em gavetas vermelhas que devem ser mantidas trancadas;
- **Meta 4:** (a) setor de internação: conferir, no momento da internação, as informações da autorização de internação e ou procedimento com os dados da agenda cirúrgica (nome do paciente, data de nascimento, procedimento a ser realizado e lateralidade, quando houver); (b) enfermeiro da unidade de internação: preencher o histórico de enfermagem, registrando a lateralidade da cirurgia/procedimento, se houver, de acordo com as informações do paciente, as quais deverão coincidir com a cirurgia/procedimento agendado e com as informações descritas no procedimento de internação; (c) anestesista: registrar a lateralidade na ficha anestésica sempre que se aplicar, antes do início da cirurgia, com todos os envolvidos presentes, realizar o *time-out* (período correspondente ao ato cirúrgico, antes da incisão); (d) cirurgião ou assistente: identificar o local de intervenção e a lateralidade quando houver, interagindo com o paciente consciente, demarcar o local de intervenção antes da entrada do paciente no centro cirúrgico; (e) enfermagem do Centro Cirúrgico: na admissão do paciente, realizar a dupla checagem (nome completo e data de nascimento), conferir a sinalização de demarcação do local do sítio cirúrgico; garantir que todos os documentos e exames estejam disponíveis; verificar se todos os equipamentos, inclusive os específicos, estejam presentes e em funcionamento na sala cirúrgica;
- **Meta 5:** implementar o programa de controle de infecções/adoção da higienização das mãos;
- **Meta 6:** realizar avaliação de risco de queda em todos os pacientes; identificando, por meio de pulseira vermelha, os pacientes com risco de queda; orientando o paciente e acompanhantes sobre o risco de queda e a necessidade de solicitação da enfermagem para a mobilização do paciente no quarto e entregando *folder* explicativo; conscientizando a família sobre a importância da presença de um acompanhante; colocando placa de orientação de risco de queda afixada em frente ao leito do paciente; mantendo a vigilância e agilidade no atendimento às chamadas de campainhas; intensificando a atenção a pacientes que fazem uso de medicamentos que constam no Informe Farmacêutico "Medicamentos que podem causar risco de queda"; acompanhando o paciente ao banheiro ou durante o banho; mantendo camas baixas e travadas com grades elevadas.

Não se pode deixar de mencionar que para se implantar um sistema de medição, por meio de indicadores, é necessário que a instituição adote processos gerenciais, escritos, segundo políticas e ou programas, que garantam a sistematização de rotinas que possam ser medidas de forma efetiva e diária, por meio de buscas ativas e ou sentinelas²⁰⁻²³.

Também, é importante que, além da seleção dos indicadores, sejam estabelecidos planos de melhorias para gerenciar processos como:

- o ciclo do PDCA (*plan, do, control, act*);
- controles pró-ativos (gerenciamento de riscos);
- controles reativos (método de análise e solução de problemas);
- controles de melhorias (sistema de medição);
- controle das não conformidades;
- *benchmarking* (técnica que acompanha processos de organizações concorrentes ou não, que sejam reconhecidas como representantes das melhores práticas);
- satisfação dos clientes;
- ferramentas de manutenção do sistema^{12,13}.

A melhoria contínua das práticas assistenciais será avaliada por meio da análise da situação existente na identificação de áreas para melhorias; pelo estabelecimento de metas para melhoria; na pesquisa de possíveis soluções para atingir as metas; na avaliação e seleção das soluções; na implementação da solução escolhida; na medição, verificação, análise e avaliação dos resultados da implementação para determinar se os objetivos foram atingidos e na formalização da alterações.

Um modelo de avaliação aplicável aos serviços de saúde, deve ser monitorado segundo estrutura, processos e resultados¹⁻⁶. E com base nesses conceitos, existem inúmeros indicadores que podem ser aplicados e utilizados em todos os serviços assistências que cuidam do paciente. O que não impede que cada instituição/hospital elabore seus próprios indicadores, de acordo com os resultados que deseja monitorar, avaliar e melhorar.

Sabe-se que as informações apresentadas nesse estudo poderão servir como um guia na construção de um instrumento de avaliação da qualidade e segurança do paciente, que estão sempre condicionadas às boas práticas para se alcançar os ótimos resultados.

A implementação de um sistema de segurança, através da cultura de indicadores de qualidade deverá estar

baseada em uma filosofia institucional não punitiva, mas que incentive e privilegie a responsabilidade e o comprometimento profissional, por meio de processos sistematizados com foco na assistência com ausência de riscos ou falhas, desde práticas as mais simples às mais complexas, além de atender às legislações vigentes.

Toda instituição de saúde deverá, portanto, estabelecer metas de melhoria contínua da qualidade assistencial e segurança ao paciente como parte do modelo de gestão do ambiente da qualidade, uma vez que “qualidade é uma percepção, um diferencial...”²¹.

CONCLUSÕES

Assim, conclui-se que os indicadores deverão ser estabelecidos segundo missão e valores institucionais com objetivos de serem importantes ferramentas que medirão quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade previamente estabelecidos em cada área de atividade da instituição/hospital proporcionando informações necessárias e mensuráveis para descrever as realidades existentes e servindo de base para as ações de melhoria, garantindo, assim, a segurança dos pacientes, visitantes, colaboradores e o meio ambiente.

A instituição de saúde deverá identificar suas prioridades de gestão por meio da definição e seleção de indicadores segundo a identidade institucional (tipo de pacientes/doenças).

O número de indicadores a serem selecionados e monitorados poderão ser gerenciados segundo os riscos inerentes ao tipo de assistência prestada, que deverá ser sempre focada na segurança do paciente e os possíveis riscos que poderão surgir de acordo com o tipo de cuidado e potencialidades de danos.

É fundamental disseminar por toda a instituição de saúde a cultura da medição, pois só se gerencia aquilo que se mede²⁴.

DECLARAÇÃO

Todos os autores participaram da elaboração de seu conteúdo intelectual – desenho e execução do projeto, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

2. Donabedian A. The quality of care - how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8.
3. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114:1115-8.
4. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB*. 1992;18:356-60.
5. Donabedian A. Continuity and change in the quest for quality. *Clinical Performance and Quality in Health Care*. 1993;1:9-16.
6. Donabedian A. A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
7. Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH) [Internet]. Available from: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/>
8. Denser CPAC. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: Bork AMT, Minatel VF, organizadoras. *Enfermagem de excelência: da visão a ação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. v. 1, p. 91-100.
9. Jericó MC, Castilho V. Análise de alguns indicadores relacionados aos recursos humanos de uma organização hospitalar. *Nursing (São Paulo)*. 2004;7(74):23-7.
10. Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *RAS*. 2002;4(16):27-32.
11. Consórcio Brasileiro DE Acreditação. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. *Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente. Coleta de Dados para Monitoramento da Qualidade*. Rio de Janeiro, 2008.
12. Balestrin F, Resende JM. Síntese da Organização de Corpo Clínico de uma Rede Hospitalar Privada. A experiência da Rede VITA. In: Silva HMS, Kaemmerer A, Schout, D. *Gestão do corpo clínico. Experiência dos Hospitais da ANAHP*. Rio de Janeiro: Medbook; 2008. p. 17-29.
13. Instituto Qualisa de Gestão [Internet]. Accreditation Canada. [cited 2012 Jan 22]. Available from: <http://www.iqg.com.br/acreditacao-cchsa.php>
14. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. *Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar*. Rio de Janeiro: CBA; 2008.
15. Bohomol E, D'Innocenzo M, Cunha ICKO. Indicadores de qualidade - conceitos e sistemas de monitoramento. *Cad Centro Universitário S Camilo*. 2005;11(2):75-81.
16. MedLine [Internet]. [cited 2012 Jan 22]. Available from: [MedLine.cos.com](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/medline/)
17. Pesquisa SciELO [Internet]. [cited 2012 Jan 22]. Available from: [search.scielo.org](http://www.scielo.org)
18. NetMedPub/Med/MedLine [Internet]. Artigos Médicos. [cited 2012 Jan 22]. Available from: www.pubmed.com.br
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde*. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):335-6.
20. Campos VF. TQC. Controle da Qualidade Total no Estilo Japonês. 8a ed. São Paulo: INDG; 2004. p. 256.
21. Hinrichsen SL. Princípios da administração de qualidade e controle de infecções. *Gerenciamento de riscos. Prática Hospitalar*. 2008;60:57-63.
22. Leão ER, Silva CPR, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF. *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Paulo: Yendis; 2008.
23. Institute for Healthcare Improvement (IHI) [Internet]. Overview of the 100,000 Lives Campaign; 2004. [cited 2012 Jan 22]. Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/100kCampaignOverviewArchive.htm>
24. Falconi V. *O verdadeiro poder*. Nova Lima: INDG 2009.



Análise crítica dos indicadores: experiência de implantação em um hospital público

Critical analysis of indicators: implementation of experience in a public hospital

Maria Lucia Bom Angelo¹, Tatiana Magalhães Demarchi², Eliana Claudino de Lima³

Palavras-chave

Indicadores de qualidade
em assistência à saúde
Gestão de qualidade total
Gestão em saúde

Keywords

Quality indicators,
health care
Total quality management
Health management

RESUMO

Em 2003, o Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva – Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha retomou a participação no Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Foi necessário, desde então, investir na melhoria da fidedignidade das informações, para que os indicadores gerados retratassem o perfil institucional. Em 2009, a Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar propôs um refinamento na forma de apresentação e utilização dos gráficos, com a padronização da análise crítica das informações geradas por meio dos indicadores. Construiu-se e implantou-se um instrumento próprio de análise crítica dos indicadores institucionais, fazendo uso das ferramentas de qualidade (5W2H) e objetivando facilitar a análise, a construção de planos de ação e a tomada de decisão por parte dos gestores. Em janeiro de 2010, disponibilizaram-se, na intranet da instituição, 233 gráficos inseridos nesse modelo de análise crítica, sendo 166 gráficos relacionados à assistência e 67 aos setores administrativos. Observou-se, por parte dos gerentes, que, após o uso dessa ferramenta, ocorreu avanço qualitativo na tomada de decisão e detecção das oportunidades de melhoria. Além disso, o Colegiado de Diretoria elege os 50 indicadores principais para formar o Painel de Bordo, que tem como finalidade o auxílio na tomada de decisão por parte da diretoria.

ABSTRACT

In 2003, the Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva – Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha resumed the Programa de Certificação de Qualidade. Since then, it has been necessary to invest in improving the reliability of the information in order to guarantee that the indicators reflect properly the institution profile. In 2009, the Quality and Hospital Accreditation Office proposed a refinement in the presentation and the use of graphics with the standardization of critical analysis of information generated by the indicators. A particular instrument was developed and implemented to analyze the critical institutional indicators making use of quality tools (5W H 2) in order to facilitate the analysis, the construction of action plans and decision making by managers. In January 2010, 233 graphics inserted in this model of critical analysis were available on the intranet, with 166 graphics related to assistance and 67 graphics related to administrative sectors. It is observed by the managers that after using this tool, there was a qualitative improvement in decision-making and detection of opportunities for improvement. In addition, the Board of Directors elects the 50 key-indicators to form the dashboard, which aims to help in decision-making by the board.

Recebido em:
20/07/2011

Aprovado em:
21/11/2011

Conflito de interesse:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

1. Assessora de Diretoria de Ensino e Pesquisa do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva, Maternidade Vila Nova Cachoeirinha – São Paulo (SP), Brasil.

2. Gerente da Qualidade e Desenvolvimento Organizacional no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva, Maternidade Vila Nova Cachoeirinha – São Paulo (SP), Brasil.

3. Enfermeira da Qualidade do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva, Maternidade Vila Nova Cachoeirinha – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Lucia Bom Angelo – Av. Deputado Emilio Carlos, 3100 – Vila Nova Cachoeirinha – CEP 02720-200 – São Paulo – SP – Brasil – E-mail: malubomangelo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os hospitais começaram a se preocupar com a mensuração de seu desempenho, devido à implantação de programas de qualidade e ou de acreditação hospitalar que, direta ou indiretamente, faz com que se busque a medição do desempenho por meio de indicadores¹.

Mensurar a qualidade nos serviços de saúde por meio de indicadores é de suma importância para o planejamento, a organização, a direção e a avaliação das atividades desenvolvidas².

Indicadores são dados ou informações, referencialmente numéricos, que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da instituição como um todo. O indicador é uma ferramenta essencial para o acompanhamento e refinamento dos resultados ao longo do tempo³.

O indicador, por si só, não pode ser utilizado como uma medida direta de qualidade; ele norteia as ações para que a instituição alcance os resultados esperados². Por meio dos indicadores, a organização pode verificar se seu planejamento estratégico está a contento, tendo condições de identificar e corrigir possíveis distorções⁴. Ou seja, o indicador pode ser utilizado como um sensor auxiliar para identificar se as metas institucionais propostas foram ou não alcançadas. A implementação de indicadores acoplados a ferramentas da qualidade é importante para a avaliação da qualidade, pois proporciona a mensuração e a identificação das oportunidades de melhoria nos serviços⁵.

Na literatura, há relatos de que, há várias décadas, existe a percepção da necessidade de análise dos dados produzidos na área da Saúde. Em 1662, John Graunt e William Petty publicaram uma análise de nascimentos e óbitos semanais na cidade de Londres, quantificando o padrão de morbidade em sua população. Em 1855, durante a Guerra da Crimeia, a enfermeira Florence Nightingale utilizou indicadores para revolucionar a abordagem dos fenômenos sociais, demonstrando que os mesmos poderiam ser objetivamente mensurados, avaliados e submetidos a análises matemáticas⁶.

Os indicadores podem ser classificados de acordo com as três dimensões de avaliação de qualidade em saúde descrita há mais de 40 anos por Donabedian. São elas:

- estrutura: planta física, equipamentos, recursos humanos, normas e rotinas;

- processos: utilização de recursos, tanto no aspecto quantitativo como no qualitativo;
- resultados: consequência das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde⁷.

Existem atributos essenciais que devem ser considerados na construção e validação de um indicador, como: validade, confiabilidade, objetividade, importância, disponibilidade, mensurabilidade, simplicidade, clareza e comparabilidade. A ausência dessas características tende a colocar em questionamento a necessidade de mensuração do mesmo⁶.

Nos últimos anos, o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando um novo paradigma, que é a busca pela gestão da qualidade em seus serviços. A mensuração da qualidade em uma instituição de saúde não é demonstrada apenas por meio dos indicadores quantitativos (índices e taxas calculadas por meio de fórmulas). Os indicadores qualitativos, que indicam se os processos estão cumprindo qualitativamente os pré-requisitos acordados em relação aos seus produtos ou serviços, também são essenciais no processo de gestão⁸.

As ferramentas da qualidade são instrumentos que identificam os gargalos institucionais e auxiliam na mensuração e na apresentação dos resultados, apoiando o gestor do processo na tomada de decisão⁹. Isso porque, no cenário atual, há uma crescente preocupação dos profissionais de saúde em se instrumentalizar com ferramentas que possibilitem o alcance da qualidade, surgindo a necessidade da construção de indicadores validados que mensurem a qualidade da assistência prestada e que sejam passíveis de comparação, tanto no âmbito intra como no extrainstitucional¹⁰.

Essa mesma necessidade se manifestou no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva – Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha (HMEC), buscando-se, assim, a construção de uma ferramenta por meio da qual os indicadores pudessem ser comparados tanto interna como externamente.

JUSTIFICATIVA

Em 2003, o HMEC retomou o Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Todo o processo de certificação, seja ele voluntário ou não, inevitavelmente proporciona um divisor de águas institucional. Então, a partir dessa retomada, ocorreu a necessidade de uma maior valorização da fidedignidade

das informações, para que os indicadores gerados pudessem retratar fielmente o perfil institucional. Em 2005, essas informações passaram a ser apresentadas sistematicamente em formas gráficas, com construção de séries históricas. No final de 2006, a Assessoria de Informações Técnicas em Saúde implantou a intranet institucional denominada “HMEC_Base”, com o intuito de melhorar o intercâmbio e a disseminação das informações. Em 2007, a instituição adotou os Painéis de Gestão à Vista, com o intuito de que as informações inerentes à instituição fossem divulgadas tanto para o público interno quanto para os usuários.

Finalmente, em 2009, o setor de Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar propôs um refinamento na forma de apresentação e utilização dos gráficos com a padronização da análise crítica das informações geradas por meio desses indicadores. Foi construído e implementado um instrumento próprio e padronizado de análise crítica dos indicadores institucionais, fazendo uso das ferramentas de qualidade, com o intuito de facilitar a tomada de decisão por parte dos gestores do processo.

A ferramenta da qualidade escolhida para a análise e construção de planos de ação foi o 5W2H. De todas as ferramentas da qualidade, essa foi eleita por ser de fácil entendimento e estruturar o pensamento de forma organizada e materializada para a tomada de decisão na resolução das não conformidades e oportunidades de melhoria.

O “5W” correspondem às palavras de origem inglesa *what* (o que), *when* (quando), *why* (por que), *where* (onde) e *who* (quem); o “2H”, à palavra *how* (como) e à expressão *how much* (quanto). Por não termos ainda implantado uma central de custos, o segundo H, relacionado ao “quanto”, não consta no instrumento proposto.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Tratou-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva, realizado em um hospital público de grande porte, especializado em Ginecologia e Obstetrícia, situado na cidade de São Paulo.

Após contato com alguns modelos de análise crítica, por meio de *benchmarking* e referencial literário, e mesmo sem contar com algum *software* de gestão que facilitasse esse processo, foi construído um instrumento próprio para análise crítica dos indicadores (Anexo 1) com os seguintes itens:

- setor: informa o setor ao qual o indicador está ligado;
- processo: descreve a qual tipo de atividade realizada no setor o indicador está ligado. Por exemplo: o indicador “Taxa de Cesárea liga-se diretamente ao processo de procedimento de parto;
- período: informa a qual período que se referem os dados levantados;;
- indicador: identifica o nome do indicador;
- meta: informa qual a meta a ser alcançada para esse indicador (meta institucional ou preconizada por outros órgãos competentes ou dados de literatura);
- objetivo do controle: descreve a utilidade de se fazer esse tipo de levantamento;
- fórmula: informa qual dado foi utilizado para a construção do indicador (numerador/denominador);
- unidade de medida: informa qual o tipo de medida utilizada para esse indicador (percentual, unidade etc.);
- medição: espaço para inserir o gráfico.
 - Esse mesmo espaço deverá ainda conter a informação sobre os níveis atuais estarem consoantes ou adversos em relação à tendência e às metas pré-acordadas, conforme simbologia a seguir: se é bom que o gráfico esteja ascendente \uparrow_{BOM} , se é bom que o gráfico esteja descendente \downarrow_{BOM} ou se é bom que o gráfico mantenha a regularidade, \leftrightarrow_{BOM} , independentemente do resultado que apresente no momento.
- fonte: é imprescindível informar por qual gerência foi elaborado o gráfico e se houve parceria com outros setores;
- análise crítica: espaço para descrever o que o gráfico está demonstrando, por que em determinado mês ou ano houve um aumento ou diminuição inesperado, qual a tendência, se houve algum acontecimento específico que resultou em algum impacto no gráfico;
- referenciais comparativos: para descrição sobre base de comparação para esse indicador, se a meta está baseada em indicadores da Secretaria Municipal, do Ministério da Saúde, do CQH, da literatura e etc.;
- plano de ação – 5W2H: esta é uma ferramenta da qualidade que deverá ser aplicada para a descrição dos planos de ação elaborados para o alcance da meta estabelecida para esse indicador:

- *what*: descrever o que será feito;
- *who*: identificar quem será o responsável para essa ação;
- *where*: informar em qual local essa ação deverá ser feita;
- *when*: informar em qual período deverá ser realizada a ação ou se necessitará ser contínua;
- *why*: descrever por qual motivo essa ação deverá ser feita, qual o objetivo;
- *how*: descrever de que forma essa ação será realizada, quais os passos a serem seguidos;
- elaborado por: informa o nome e a função da pessoa responsável por montar esse indicador, incluindo a data em que foi feito;
- aprovado por: informa quem é o responsável pela aprovação do gráfico, bem como a data em que este indicador foi analisado com a respectiva assinatura.

Após a construção desse instrumento pela equipe da Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar, foram ministradas aulas para os gerentes e diretores, com o intuito de instrumentalizá-los na utilização correta do mesmo. Concomitantemente, disponibilizaram-se na intranet da instituição orientações detalhadas sobre o preenchimento correto do instrumento em questão, com exemplificações.

RESULTADOS

A partir de janeiro de 2010, disponibilizaram-se na rede intranet da instituição, 233 gráficos inseridos nesse modelo de análise crítica, sendo 166 relacionados à assistência e 67 aos setores administrativos. Observou-se, por parte dos gerentes, um avanço qualitativo na tomada de decisão e na detecção das oportunidades de melhoria, quando passaram a analisar seus resultados norteados por essa ferramenta de gestão, tendo em vista que, além de tornar mais uniformes as informações, o próprio instrumento induz ao pensamento sistematizado e ao planejamento para tomada de decisão com meta, prazo, agentes envolvidos e resultados esperados.

Cada gerência seleciona mensalmente seus principais gráficos para expor no Painel de Gestão à Vista de seu setor. Além disso, o Colegiado de Diretoria elege os 50 gráficos principais para formar o Painel de Bordo, que tem como finalidade o auxílio na tomada de decisão por parte da diretoria.

Esses indicadores são divididos em oito grandes áreas:

- administrativa;
- pessoas;
- faturamento/Sistema Único de Saúde (SUS);
- financeiro;
- assistência;
- sociedade;
- clientes;
- ensino e pesquisa.

CONCLUSÕES

Observa-se que, com a implantação desse instrumento, ocorreu uma mudança importante no pensamento sistêmico da organização, em particular no processo decisório, por vários motivos: o superior imediato deve aprovar os gráficos; essas informações estão disponíveis tanto na intranet como nos Painéis de Gestão à Vista; os indicadores principais são expostos no Painel de Bordo da Sala da Diretoria, havendo uma cobrança mais apurada para o alcance das metas e, conseqüentemente, as tomadas de decisões são norteadas por dados concretos e não por ações empíricas.

Vale ressaltar, que a Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar vem desenvolvendo um trabalho institucional, introduzindo ferramentas e conceitos da qualidade junto aos colaboradores, visando envolvê-los e responsabilizá-los no processo de melhoria contínua e disseminando a cultura da qualidade.




Por fim, para melhor refinamento dos indicadores, consta, no Planejamento de 2011 da Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar, a realização de oficinas de indicadores com encontros individuais, envolvendo todos os setores da instituição. Outro avanço pretendido será traçar melhor o inter-relacionamento entre os indicadores de cada setor, gerando uma análise institucional mais aprofundada. Isso porque, acredita-se que esse processo de instrumentalização e introdução de novas ferramentas e conceitos não é esgotado apenas pontualmente, sendo um caminho intensivo e contínuo em busca da melhoria.

REFERÊNCIAS

1. Franco JN, Barros BPA, Vaidotas M, D'Innocenzo M. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5):806-10.
2. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev de Administração em Saúde.* 2008;10(40):87-93.
3. Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). Critérios de Excelência. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2007.

4. Ottoni ACL. Utilização de indicadores de qualidade como ferramenta no planejamento da construção de nova estrutura física da UTI adulto. *Rev de Administração em Saúde*. 2009;11(44):127-32.
5. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO [Internet]. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*. (on line). 2006;59(1) [cited 2012 Jan 4]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1>
6. Organização Nacional de Acreditação (ONA). INDE - Introdução a indicadores de desempenho treinamento por EAD. Brasília (DF), 2006.
7. Azevedo AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Saúde Públ*. 1991;25(1):64-71.
8. Leão ER; Mendonça SHF; Gatti MFZ; Malachia JL. Indicadores qualitativos: um case de enfermagem através dos tempos. In: Leão ER; Silva CPR; Alvarenga DC; Mendonça SHF. *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Caetano do Sul: Yendis, 2008. p. 295-302.
9. Behr A, Moro ELS, Estabel LB [Internet]. Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca. *Ci Inf*. (on line). 2008;37(2) [cited 2011 Jan 19]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v37n2/a03v37n2.pdf>
10. Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *Rev de Administração em Saúde*. 2008;10(40):124-30.

Anexo 1. Instrumento próprio para análise crítica dos indicadores.

			
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha Hospital Municipal da Mulher		ANÁLISE CRÍTICA DE INDICADORES	
Setor	Processo	Período	Unidade de medida
Indicador		Meta	
Objetivo do controle		Fórmula	
Medição (Gráfico)		Análise Crítica	
 BOM			
		Referenciais Comparativos	
Fonte: PCSP/SMS/HMEC –Gerência			
PLANO DE AÇÃO - 5W2H			
What ? O que?	Who? Quem?	When? Quando?	How? Como?
	Where? Onde?	Why? Porque?	
Elaborado por	Data	Aprovado por	Assinatura
Nome:		Nome:	
Função:		Função:	

Ass. Qualitativo - 2011



Gestão de informação pessoal em saúde

Management of personal information in health care

Humberta Cláudia Rosa de Amorim Ferreira da Silva¹, João Carlos Relvão Caetano², Henrique Curado³

Palavras-chave

Eficiência
Sustentabilidade
Vida privada
Interesse público
Gestão em saúde

Keywords

Efficiency
Sustainability
Privacy
Public interest
Health management

Recebido em:
21/9/2011

Aprovado em:
22/12/2011

Conflito de interesse:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

RESUMO

O sistema de gestão de proteção de dados pessoais e estudos clínicos em Portugal levanta controvérsia e uma interpretação distinta, dada a sensibilidade ética do tema, a integridade humana. Além deste fato, estamos diante de um problema que envolve diversos interesses e, assim, um confronto de posições. Pretende-se, ao longo deste artigo, abordar a percepção da forma como os profissionais da área da saúde, no seu quotidiano, lidam com a questão do tratamento de dados clínicos, numa tentativa de harmonizar pontos de vista e de conteúdo, verificando se há realmente um esforço das instituições hospitalares para facilitarem este processo e permitirem que os usuários sejam universalmente protegidos e bem tratados. Os resultados obtidos no documento de consulta de profissionais de saúde indicam que há uma preocupação com a confidencialidade em 100% dos inquiridos, embora existam sistemas de gestão de dados clínicos diferenciados (seis distintos). Espera-se uma tendência ascendente na procura dessas informações úteis e de interesse para deter essa informação, tomada por profissionais de saúde, instituições de saúde, seguradoras etc. O problema surge no confronto entre a proteção da vida privada, o interesse específico de usuários, o interesse público e as políticas institucionais e governamentais vigentes. Partindo do pressuposto de que a garantia de confidencialidade é uma realidade em termos de segurança, é necessário determinar se os meios utilizados para atingir essa tarefa são os mais eficientes e permitem uma gestão sustentável dos dados de saúde.

ABSTRACT

The management system of protection of personal data and clinical studies in Portugal raises controversy and different interpretation due to the ethical sensitivity of the subject, human integrity. Beyond this fact, we face a problem that involves many interests, and thus a clash of positions. It is intended throughout this article to get answers from professionals in their daily lives to deal with the issue of treatment of clinical data in an attempt to harmonize views and content, checking if there really is an effort by hospitals to facilitate this process and allow users to be universally protected and treated well. The results obtained in the consultation document of health professionals indicate that there is a concern with confidentiality in 100% of respondents, although there are systems of different clinical data management (six distinct). An upward trend, in demand for this useful and of interest to hold this information, is expected and taken by health professionals, health institutions, insurance companies etc. The problem arises in the confrontation between the protection of privacy, the specific interest of users, the public interest and institutional policies and government regulations. Assuming that the guarantee of confidentiality is a reality in terms of security, it is necessary to determine whether the means used to achieve this task are the most efficient and allow a sustainable management of health data.

1. Assistente Convidada da Área Científica de Gestão e Administração em Saúde na Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Instituto Politécnico do Porto; Licenciada em Direito; Pós-graduada em Direito da Farmácia e do Medicamento; Mestra em Gestão das Organizações, ramo de Unidades de Saúde – Portugal.

2. Professor Doutor; Licenciou-se em Direito pela Universidade de Coimbra; Mestrado em Economia Europeia pela Universidade de Coimbra; Doutor em Ciências Políticas; Professor Auxiliar no Departamento de Ciências Sociais e de Gestão da UAb; Membro e Investigador no Centro de Estudos de Migrações da UAb e no Instituto Jurídico Interdisciplinar da Faculdade de Direito da Universidade do Porto; Pró-Reitor para o Reordenamento Institucional da UAb – Portugal.

3. Professor Adjunto e Coordenador da Área Científica de Gestão e Administração em Saúde da Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Instituto Politécnico do Porto; Licenciado em Direito; Mestre em Economia Europeia e Doutorando em Direito Público pela Universidade do Vigo; Professor Assistente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto e na Universidade Nacional de Timor Lorosaí, Áreas de Direito Público, Gestão Pública e do Direito Fiscal; *Master of Science* na Área da Economia da União Europeia; Pós-Graduado em Gestão e Direito Fiscal; Licenciatura em Direito; Responsável pelo Apoio Jurídico do Sindicato Nacional do Ensino Superior em Portugal – Portugal.

Endereço para correspondência: Humberta Cláudia Rosa de Amorim Ferreira da Silva – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto – Rua Valente Perfeito, 322 – CEP 4400-330 – Vila Nova de Gaia – Portugal – E-mail: humbertaamorim@gmail.com

INTRODUÇÃO

A análise e a gestão do atual modelo de proteção de dados resultam da abordagem das vantagens e das desvantagens da existência de um sistema de informação em saúde que será universal, quanto à população abrangida, e integrado, no sentido de que promove a partilha da informação relativa a todos os doentes por parte de todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. Quer na Europa, quer nos Estados Unidos, é manifesta uma tendência no sentido do alargamento e do reforço da proteção jurídica das formas de criação e tratamento da informação. Essa tendência valoriza a informação como uma mercadoria (valor econômico da informação) em detrimento daquilo que ela representa como um bem público ou benefício coletivo¹. Existem várias orientações que pretendem delimitar o acesso à vida privada. Uma delas enuncia o princípio da inadmissibilidade no acesso à vida privada e familiar de outrem, sendo lícitas apenas as intromissões que se encontrem justificadas à luz de direitos ou interesses que devam ser considerados prevalecentes. Mas estabelecer esses limites não é tarefa fácil, uma vez que se devem ter em conta os valores culturais de cada época, ou seja, usos e costumes que são o espelho da comunidade.

A intimidade, como exigência moral da personalidade, postula que, em determinadas situações, o indivíduo seja deixado em paz, constituindo um direito seu controlar a indiscrição alheia em seus assuntos privados: um dos fundamentos do direito à intimidade é o princípio da exclusividade, enunciado por Kant. Esse princípio preserva a pessoa humana sim no sentido de personalidade jurídica dos riscos oriundos da pressão social e da força do poder político, comportando duas exigências ou direitos da pessoa em relação aos outros e ao poder político: o direito de estar só, ou seja, a preservação da “solidão” como valor a exigência do sigilo, garantindo o direito ao “segredo”; e a autonomia, entendida como o direito de estabelecer normas próprias de comportamento, ou seja, no caso que nos importa, entendida como a liberdade de decidir reter ou dar informação própria. A Convenção Europeia dos Direitos do Homem estabelece que “qualquer pessoa tem direito à sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência” (artigo 8º, n.º1), acrescentando-se no seu n.º 2 que

“não pode haver ingerência de autoridade pública no exercício desse direito, senão quando esta

ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infrações penais, proteção da saúde ou da moral, ou a proteção dos direitos e liberdades dos terceiros”.

A proteção dos direitos de personalidade não é absoluta, no sentido de que, muitas vezes, tem de haver a compatibilização prática entre direitos e interesses conflitantes. No caso em apreço, o respeito pela vida privada terá que ceder quando entre em colisão com outros direitos ou interesses legítimos, de forma a que, da proteção dessa informação que consubstancia o resguardo da vida privada, não decorra um entrave (injustificado) para o conhecimento, a divulgação e o tratamento desses dados no âmbito hospitalar. Como sabemos, o processo de partilha de informação possibilita a existência de respostas mais eficazes, bem como uma melhor articulação e integração entre os diversos intervenientes do sistema de saúde, quer no seio do Serviço Nacional de Saúde quer com outras entidades, polícias e bombeiros. Em síntese: a proteção dos direitos de personalidade não poderá constituir um entrave para uma aposta na inovação e melhoria dos serviços de saúde como um todo.

O artigo 2º², da Lei da Proteção de Dados Pessoais, prescreve que

“O tratamento de dados pessoais deve processar-se de forma transparente e no estreito respeito pela reserva da vida privada, bem como pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais”.

O conceito previsto no artigo 3º da mesma lei, ressalva que se entende por dados pessoais

“qualquer informação de qualquer natureza e independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável; titular de dados é considerada pessoa identificável, a pessoa que possa ser identificada direta ou indiretamente, designadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural e social”.

Por “tratamento de dados pessoais”, deve entender-se

“qualquer operação ou conjunto de operações sobre dados pessoais, efectuados com ou sem meios automatizados, tais como recolha, registo, organização, conservação, adaptação ou alteração, recuperação, consulta, utilização, comunicação por transmissão ou difusão ou por qualquer outra forma de colocação à disposição, com comparação, interconexão, bem como o bloqueio e a destruição”.

No momento em que a informação é registada em suporte eletrónico, ela adquire uma expressão física, podendo ser objeto de proteção contra o acesso indevido. Contudo, para que tudo isso aconteça, na prática, deve ser criado um verdadeiro direito de propriedade sobre a informação. Essa expressão de licitude pode ser analisada segundo duas perspectivas: a primeira prende-se com os princípios utilizados aquando do tratamento dos dados; a segunda prende-se com as operações e os procedimentos a utilizar. Para determinar se uma informação foi obtida através de um método leal e justo, temos que considerar o método utilizado para sua obtenção e averiguar se a pessoa não foi pressionada ou coagida, enganada ou induzida em erro em relação à finalidade para a qual a informação se destinava ou vai ser usada.

A teoria liberal primava pelo respeito da proteção da vida privada na medida do segredo, ou seja, a reserva da vida privada encontrava-se em larga medida no indivíduo, cidadão que faria maior ou menor divulgação da vida pessoal.

No entanto, se tivermos em consideração a variedade de procedimentos de tratamento de dados, não podemos deixar de reconhecer que os trabalhadores estão a ser continuamente vigiados e o relacionamento de todas as informações detidas pela entidade patronal a seu respeito permite a constituição de autênticos perfis.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Por “informação em saúde”, entendemos todo o tipo de informação direta e indiretamente ligada à

saúde, presente ou futura, de uma pessoa que se encontre com vida ou que tenha falecido, inclusive sua história clínica ou familiar. A expressão é frequentemente utilizada no plural, falando-se, a esse propósito e com relevo para o presente estudo, em “informações em saúde”.

As informações em Saúde, incluindo os dados clínicos registrados, resultados de análises, exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, são propriedade das pessoas. As unidades do Serviço Nacional de Saúde, prestadoras de cuidados, são apenas depositários da informação em saúde, a qual não pode ser utilizada para outros fins, que não os da prestação de cuidados, de investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

Os titulares das informações em saúde têm o direito não apenas de tomar conhecimento, na íntegra, de todos os processos clínicos que lhes digam respeito, salvo em circunstâncias excepcionais devidamente justificadas, ou em situações em que esteja demonstrado que esse conhecimento lhes pode ser prejudicial, mas também de se oporem a que as entidades prestadoras de serviços de saúde façam uso abusivo dessas informações³.

Nesse momento, torna-se prioritário referir o modo de constituição dos processos clínicos e seus respectivos elementos, por relação aos profissionais de saúde e às entidades prestadoras de cuidados de saúde, para compreensão do objeto e da finalidade deste trabalho⁽¹⁾.

O percurso que se fez nos últimos anos, nomeadamente por meio da legislação adoptada, foi no sentido dessas liberdades assumirem uma vertente pública, o que trouxe, em consequência, dificuldades de gestão da enorme quantidade de dados e informações recolhidas pelo Estado para o desempenho de suas missões, no quadro de suas atribuições administrativas. Em muitos Estados foram adotados, com esse enquadramento, os princípios da administração aberta e do livre acesso a documentos administrativos¹.

Essa matéria de tratamento tão sensível não pode ser alvo de reflexão se não procedemos a uma

⁽¹⁾ Importa, em particular, conhecer e distinguir o que é relevante quando falamos de informação em saúde, bem como qual é o âmbito da proteção legal que abrange essa mesma informação. Nas sociedades de informação, o recurso a essa informação (sob a forma de dados, informação, e conhecimentos científicos e técnicos) vem adquirindo, ao longo dos tempos, utilidade e valor comercial. É essa utilidade que dá à informação o valor do conhecimento particularmente relevante para as entidades prestadoras de cuidados de saúde, que, assim, podem obter consideráveis ganhos de eficiência decorrentes da partilha de informações.

articulação cuidada com aquilo que já se encontra plasmado a nível internacional, nomeadamente numa questão pertinente e que urge ser resolvida – o chamado mercado da informação.

A gradual importância e dimensão da gestão da informação de dados é manifestada até pela Comissão Europeia, que tem procurado estabelecer sinergias entre os sectores público e privado na área da prestação de cuidados de saúde, de forma a simplificar fronteiras e a promover as relações entre esses dois sectores. Isso fez-se nomeadamente pela definição de linhas orientadoras e recomendações, sobretudo nas áreas das políticas de comercialização e da informação administrativa. Recomenda-se aos Estados que viabilizem a utilização da informação administrativa pelo setor privado, convergindo para a prática de condutas que resultem na assunção de um compromisso de disponibilização dos dados, incluindo dos processos individuais. Nessa perspectiva e de acordo com as tarefas do Estado em matéria de saúde, incumbe a este facilitar a missão do setor privado, garantindo a atualização da informação existente.

PROCESSO CLÍNICO-ELETRÔNICO

A partir dos elementos constituintes do processo clínico, conseguimos aferir quais deveriam ser os elementos relevantes para constituir um diagnóstico e quais aqueles que não deveriam ser alvo de um manuseamento por pessoas que não profissionais de saúde. Se nos dedicarmos ao estudo do registro de processo clínico eletrônico (PCE) ou registro de saúde eletrônico (RSE), verificamos que existe informação que deve obrigatoriamente constar desse registro:

- dados biométricos;
- dados demográficos;
- historial clínico;
- alergias;
- exame;
- diagnósticos;
- prescrições;
- agenda de consultas.

A importância desse documento reside no fato de ser um registro único, permitindo a consolidação de todas essas informações em tempo real e uma garantia acrescida ao utente de que, independentemente da deslocalização da prestação de serviços para outra

unidade, o processo não perde informação, sendo que esta o acompanha, permitindo o acesso à mesma instantaneamente, fato que se pode revelar de extrema relevância em situações de contingência, tais como, episódios de urgência com estado inconsciente, entre outros.

O processo clínico propriamente dito envolve uma série de etapas, tais como observação, decisão e plano de ação. Por seu turno, a organização do processo clínico, seja em formato eletrónico ou em papel, reside na percepção dos vários tipos de informação de que se dispõem para tomar uma decisão clínica.

As fases desse processo iniciam-se com uma observação dos dados recolhidos, dados narrativos, dados do exame físico, história clínica, opinião do médico, que permitem gerar informação.

Os registros eletrónicos e a articulação da informação clínica e não clínica num sistema permitem, no âmbito da gestão, valorizar os aspectos clínicos sem descurar os indicadores de produção e os económicos. A esse nível, a complexidade é tal que só faz sentido trabalhar com o sistema se este permitir, no âmbito interno, trabalhar de forma integrada, potenciando a interoperabilidade, a qual nos remete para a ideia de partilha desse historial clínico, de forma articulada, entre as distintas valências do mesmo hospital, como, por exemplo, parte laboratorial, ambulatório, cuidados primários e farmácia hospitalar, resultando numa troca de informação constante, eficaz e com resultados que premeiam a qualidade de prestação de serviços¹.

CASO PORTUGUÊS

Em Portugal, a realidade hospitalar é muito diversificada relativamente às aplicações informáticas utilizadas. De acordo com o documento de auscultação, no qual profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, e auxiliares de serviço médico responderam as questões relacionadas com a proteção de dados clínicos, conseguimos aferir que o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), desenvolvido em parceria pelo Instituto de Engenharia de Sistemas de Computadores (INESC) e pelo Serviço de Informática da Saúde (SIS), assume um papel fundamental no registro administrativo de informação e gestão de doentes, mas nem toda a informação é devidamente aproveitada. Muita atividade assistencial no Serviço de Urgência do Hospital é

perdida, consequência de uma desarticulação entre os sistemas. Esse sistema (SONHO) deveria ser mais amplo, incluindo módulos de cariz clínico e aplicações informáticas que permitissem uma compatibilidade com os módulos já existentes na instituição hospitalar, bem como uma interação entre os vários postos de trabalho e de uso fácil, motivando os profissionais de saúde para seu uso⁴.

O módulo informático clínico deve permitir a transmissão dos registros completos de identificação efetuados no SONHO, compilando para esse registro todos os procedimentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), atos médicos registados no decurso do episódio de urgência, faturação, informatização dos registros atuais em todo o serviço de urgência e urgências periféricas⁵.

A partir de um documento de auscultação de opinião, avaliaram-se de que forma os profissionais de saúde partilham a informação clínica, quem tem acesso a ela e como este é feito. No caso de dados arquivados, avaliou-se qual a finalidade do arquivo e quem acede ao mesmo. As variáveis foram tratadas por meio do recurso a estatística descritiva.

O recurso a aplicações informáticas na partilha de informação ainda é incipiente. O uso do relatório médico e do suporte em papel são as formas mais comuns de partilha, oferecendo maior confiança a 45% dos participantes. A confidencialidade da informação é garantida em todas as auscultações (100%). Em 100% das auscultações os médicos têm acesso; 91,7% dos enfermeiros; 8,3% dos técnicos de diagnóstico e terapêutica; 16,7% dos casos por outros profissionais; 0% por auxiliares. O arquivo da informação pode ter diferentes finalidades, destacando-se os cuidados de saúde (100%), a faturação (33,3%) e a investigação científica (33,3%). No caso de a instituição admitir arquivo para investigação científica, esta é requisitada maioritariamente por profissionais internos, contudo, o acesso por profissionais externos está contemplado (16,7%).

Verifica-se que a confidencialidade está assegurada. No entanto, a gestão da informação não é feita de forma completamente segura pois o acesso à mesma é permitido a mais do que um profissional. O arquivo de dados serve interesses particulares e públicos, sendo estes últimos definidos e tratados por profissionais externos à instituição depositária.

Entre as funcionalidades exigidas, esse sistema deveria ter capacidade para:

- garantir a identificação e responsabilidade nominal dos profissionais, permitindo a prévia identificação do utilizador com meios não transmissíveis, identificação da impressão digital⁶ (autorizados pela Comissão Nacional de Protecção de Dados) e recurso quando necessário a palavra - passe, permitir uma triagem de prioridades, com registros completos, incluindo tempos médios de espera entre a primeira observação médica, por hora, por médico e especialidade⁶;
- proporcionar o uso de protocolos clínicos e identificar, de forma fácil, situações de doentes prioritários, prever alertas clínicos, possibilitar a visualização dos registros clínicos existentes na base de dados hospitalar e a consequente impressão de documentos ou informações, incluindo o PCE, transferência de doente, prescrição de produtos farmacêuticos⁶;
- permitir a visualização de todo o percurso efetuado pelo doente, todo o circuito no serviço de urgência, possibilitando a monitorização e o acompanhamento completo do doente, desde a inscrição até ao momento da alta (horas de atendimento, locais de atendimento, profissionais envolvidos no tratamento, especialidades, prescrições etc.)⁶.

O módulo clínico deverá incluir formas de isolar os resultados clínicos do tratamento, a chamada de profissionais do serviço auxiliar, a consulta de todos os meios de diagnóstico e terapêutica requisitados, colhidos e enviados⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui reside o cerne da nossa exposição, sendo esta a questão de sabermos até que ponto nossos Sistemas Locais de Saúde e todas as unidades que os integram se encontram preparadas para efetuarem essa mudança (de sistemas e rotinas), que implica a adopção de novas tecnologias, trabalhar em cooperação horizontal com outras entidades, investimentos superiores, numa tentativa de prover ao utente dos cuidados de saúde um documento fidedigno.

“Informação quando é necessária e onde é necessária.”

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves ME. Direito da informação, novos direitos e formas de regulação na sociedade de informação. Coimbra: Almedina, 2003.

2. Comissão Nacional de Protecção de Dados [Internet]. Lei nº 67/98 de 26 de Outubro de 1998. Lei de Protecção de Dados Pessoais. Lisboa, 1998. [cited 2012 Mar 31]. Available from: http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei_6798.htm
3. Assembleia da República. LADA - Lei de Acesso a Documentos Administrativos de 24 de agosto de 2007. Lei nº 46/2007. Regula o acesso a documentos administrativos, revogando a lei nº 65/93 de 26 de Agosto e estabelece com interesse para os hospitais do SNS e demais estabelecimentos em saúde o Regime do "direito de acesso a documentos nominativos". Lisboa: Assembleia da República Portuguesa, 2007.
4. Marinho R, Machado J, Abelha A. Processo Clínico Electrónico Visual. Processo Clínico Electrónico Visual. Departamento de Informática - Universidade do Minho – Portugal jmac.abelha@di.uminho.pt
5. Comissão Nacional de Protecção de Dados. Deliberação nº 227 /2007 Aplicável aos tratamentos de dados pessoais efectuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde, Comissão Nacional de Protecção de Dados. Lisboa, 2007.
6. Administração Central do Sistema de Saúde. Registro de Saúde Electrónico - Documento de Estado de Arte. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009.



Exija qualidade na saúde



Condições de trabalho nos hospitais públicos de São Paulo: percepções e impressões do diretor de enfermagem*

Working conditions in public hospitals in São Paulo: observations and impressions of the nursing director

Sandra Cristina Perez Tavares¹, Marcio Fabri dos Anjos², Luciane Lúcio Pereira³

Palavras-chave

Condições de trabalho
Hospitais públicos
Avaliação em enfermagem
Qualidade da assistência a
saúde
Gestão em saúde

Keywords

Working conditions
Hospitals, public
Nursing assessment
Quality of health care
Health management

RESUMO

Foram entrevistados 20 diretores de enfermagem em hospitais públicos na cidade de São Paulo, com o objetivo de levantar as percepções e as impressões desses responsáveis técnicos sobre as condições de trabalho oferecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Utilizamos escalas classificatórias e somatórias Likert para abordar o grau de satisfação com as condições de trabalho referenciadas por Berti et al. Na opinião desses responsáveis técnicos, 64,7% desses hospitais apresentam condição suficientemente satisfatória de trabalho, 23,5% condição satisfatória, 11,7% não satisfatória e não houve instituição com condição de trabalho altamente satisfatória para assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Interviewed 20 directors of nursing, in public hospitals under direct administration in São Paulo with the goal of raising the perceptions and impressions of these technical managers on the working conditions offered by the Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo State. We used Likert scales qualifiers and summations to address the degree of satisfaction with working conditions referenced by Berti et al. In view of these technical managers, 64.7% of these hospitals are sufficiently satisfactory working condition, 23.5% satisfactory condition, 11.7% unsatisfactory, and none showed highly satisfactory working condition for nursing assistance.

Recebido em:
08/02/2011

Aprovado em:
19/12/2011

Conflito de interesse:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

1. Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo; Responsável Técnica pelo Serviço de Enfermagem na Divisão de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica do Instituto de Infectologia "Emílio Ribas" da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

2. Teólogo; Doutor pela Universidade Gregoriana – Roma/Itália; Docente do Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo – São Paulo (SP), Brasil.

3. Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); Docente do Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Sandra Perez – Rua Onze de Fevereiro, 454 – CEP 04319-020 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: sandra.tavares@emilioribas.sp.gov.br

* Parte da dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário São Camilo, em São Paulo, em 2010.

INTRODUÇÃO

A função gerencial do enfermeiro no Brasil ainda é uma questão mesclada por desentendimentos e incompreensões, com destaque para as interpretações dos administradores sobre o que deve ser e conter a assistência de enfermagem, muitas vezes em conflito com determinações do Conselho Federal de Enfermagem sobre as necessidades mínimas de segurança e qualidade na assistência^{1,2}.

A situação dos serviços de saúde do país vem demonstrando, a partir de 1988, a escassez de recursos básicos para o atendimento dito curativo, inclusive no número de profissionais de saúde e, principalmente, de enfermeiros. Na administração pública, as decisões do gestor, em Saúde Pública, são delineadas pela estrutura organizacional linear burocrática, cujos desenhos foram reproduzidos uniformemente, muitas vezes de maneira independente das realidades às quais pertencem³⁻⁵.

As organizações públicas no Brasil sofrem a influência das várias correntes políticas que mudam a partir de eleições ou das trocas dos governantes, expondo os usuários de saúde a condições que ferem sua dignidade em seus direitos fundamentais, e esse assunto é de grande preocupação de gerentes de enfermagem⁶.

As organizações de saúde foram moldadas pelas crenças e valores dos que as constituíram (fundadores ou dirigentes). Essas organizações deveriam responder à sua função política, visto ser seu objetivo maior servir à população e garantir seus serviços a todos, e não à "politicagem", dos interesses individuais ou corporativos^{7,8}.

Diante dessa inversão de valores, nota-se que o exercício profissional do responsável técnico (RT), nessas instituições, pode estar condicionado à submissão dos interesses da população ou da comunidade atendida em relação aos interesses dessa ou daquela política de governo, para falar de um modo amplo.

Por sua vez, as grandes descobertas científicas sobre as doenças; o crescimento da população, principalmente a urbana; os problemas descontrolados pelas más condições de trabalho e vida das pessoas, assim como a hegemonia do saber e poder de determinadas profissões de saúde, principalmente a medicina sobre as outras, fizeram com que houvesse a fragmentação do cuidado à saúde. Assim, o hospital foi a representação do modelo curativo que mais cresceu e se consolidou. A medida que se intensificava o uso de equipamentos tecnológicos no trabalho assistencial, houve a ineficiência do estado em controlar as condições de saúde da população⁹.

No conflito decorrente do conhecimento e conceitos expostos no referencial teórico de qualidade Donabedian, a avaliação de aspectos na estrutura, processo e resultados dos serviços prestados aos usuários, referenciados no estudo de Berti et al., sob a identificação das condições de trabalho para as ações de enfermagem, foram objetos de análise neste estudo^{10,11}.

Kurcgant et al. afirmam que, no processo decisório, o enfermeiro precisa ter conhecimento, habilidades, atitudes coerentes, precisas e imparciais para que a tomada de decisão venha ao encontro de seus valores pessoais e éticos e, ao mesmo tempo, atenda os objetivos e as metas da organização. Deverá ser coerente com a filosofia de trabalho de desenvolvimento de pessoal, do estilo de liderança adotado e de como o profissional se compromete com a profissão e com seu grupo de trabalho¹².

Nesse amplo conjunto de funções, sempre foi concedido aos enfermeiros certo "espaço de poder", tratando-se de um poder virtual ou de fato, mas não de direito, dado que havia sempre alguém para controlar tal poder, mesmo de forma subjetiva. Por isso, o enfermeiro vem ocupando um papel essencial nas instituições hospitalares, mas invariavelmente sua palavra tem lugar na "retaguarda" dessas decisões¹³.

Desse modo, se é verdade que as decisões do Estado alicerçado na distribuição, com justiça e igualdade dos recursos, protegem o mais simples e frágil e que o bem público seja sempre o mesmo, é importante saber a opinião dos responsáveis técnicos de enfermagem dos hospitais públicos de São Paulo, sobre as condições de trabalho oferecidas para o desempenho de suas competências gerenciais¹⁴⁻¹⁶.

OBJETIVO

Levantar as percepções e as impressões dos responsáveis técnicos de enfermagem sobre suas condições de trabalho, nos hospitais públicos da administração direta (AD) na cidade de São Paulo.

MÉTODO

A metodologia utilizada foi a quali-quantitativa, com a técnica descritiva e exploratória, por meio da avaliação de afirmações que representam várias assertivas sobre o assunto. Na pesquisa de opinião, detectamos atitudes, ponto de vista e preferência, permitindo uma aproximação do objeto de estudo e possibilitando a análise dos aspectos singulares e específicos de cada

realidade de trabalho, no contexto em que cada sujeito está inserido¹⁷.

A relação entre teoria e métodos originou-se da coleta de dados, que indicou, por meio de conceitos evidenciados por outros vários autores sobre as condições de trabalho do enfermeiro e as ações possíveis em sua realidade de trabalho. Foram, então, construídas Escalas Classificadoras Somatórias de múltipla escolha e resposta única, com cinco posicionamentos possíveis, porém únicos^{18,19}.

As 27 condições de trabalho apontadas por Berti et al.¹¹ foram colocadas de forma positiva (Tabela 1), permitindo ao respondente expressar o grau de satisfação sobre a condição para o desenvolvimento de suas ações de saúde na instituição a que responde tecnicamente como Diretor da Divisão de Enfermagem:

1. **altamente satisfatória:** a condição está sempre presente na instituição e é constantemente melhorada, com total apoio da administração superior;
2. **satisfatória:** a condição está presente na instituição, atendendo a legislação, com algum apoio da administração superior;
3. **suficientemente satisfatória:** a condição está presente na instituição, atendendo a legislação, com a necessidade de muita argumentação, frente à administração superior;
4. **não satisfatória:** a condição não está presente na instituição
5. **não sei:** não possui conhecimento sobre essa condição no ambiente de trabalho, ou não quero informar.

A pontuação individual foi comparada com a pontuação mínima e máxima, indicando a opinião do RT sobre suas condições de trabalho, o que permitiu analisar a condição de trabalho existente nos hospitais públicos (AD) na cidade de São Paulo.

Campo de pesquisa

Realizada em 20 hospitais públicos da Administração Direta da Secretaria de Estado da Saúde, no município de São Paulo¹⁵.

População

Responsáveis técnicos pelos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos da Administração Direta no município de São Paulo e diretores de Divisão de Enfermagem²⁰, após autorização da Secretaria de Estado

da Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo.

Considerando as características do presente trabalho, julgou-se importante apresentar informações mais detalhadas sobre o perfil desses responsáveis técnicos de enfermagem nessas instituições.

Os responsáveis técnicos de enfermagem são 100% mulheres. A média de idade foi de 46,7 anos e 90% têm mais de 20 anos no exercício da Enfermagem.

Todas possuem especialização em sua área de atuação. A vivência no mesmo hospital antes de assumir o cargo foi verdadeira para 58%, o que coloca essas profissionais em posição de conhecedoras da condição de trabalho no hospital²¹.

Os critérios de inclusão no estudo consistiram no fato de serem enfermeiros que exercem cargo de RT do Serviço de Enfermagem nos hospitais públicos da administração direta na cidade de São Paulo e a aceitação em participar dele. O critério de exclusão foi sujeitos em transição de cargo, licenciados ou afastados.

RESULTADO

Na construção da Tabela 1, utilizamos cores para facilmente identificarmos a intensidade das respostas. Cada coluna representa um hospital (AD) no município de São Paulo, numerados de I a XX com a opinião de seu RT.

Dos entrevistados, nenhum apontou condição altamente satisfatória de trabalho para a assistência de enfermagem.

Apontaram condição suficientemente satisfatória de trabalho 64,7%, o que significa que a condição para o trabalho só está presente na instituição com a necessidade de muita argumentação frente à administração superior.

Apontaram condição satisfatória 23,5%, sendo que para essa população a condição existe com algum apoio da administração superior.

Apontaram condição não satisfatória 11,7%, indicando, pois, que a condição não está presente na instituição.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com essa pesquisa parecem encontrar correspondência nos argumentos de Berti et al. Sabe-se que a altíssima carga de trabalho nos hospitais consiste em um dos maiores fatores de risco para os enfermeiros, já que não se pode garantir a qualidade da assistência, indo contra seus preceitos éticos e morais.

Tabela 1. Condições de trabalho apontadas pelos responsáveis técnicos dos hospitais da administração direta no município de São Paulo do Estado de São Paulo Brasil em 2010.

Condição de Trabalho (Berti et al. 2007)/hospital pesquisado	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
Estrutura de atendimento ao usuário e funcionário	2	3	2	3	1	3	3	3	2	2	3	2	1	3	2	2	2	4		2
Programa de Acreditação de Qualidade	2	3	3	3	1	4	3	4	4	4	4	2	3	3	1	4	2	4		4
Quantificação profissional para assistência ao usuário	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	2	2	3	2	3	5	4		
Qualificação profissional para assistência ao usuário	3	3	3	3	2	2	3	3	2	1	3	2	2	3	2	3	4	4		2
Comprometimento da equipe enfermagem com a assistência	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	4		1
Comprometimento da equipe multiprofissional com a assistência	3	4	4	3	2	4	3	3	3	2	3	3	2	3	2	5	3	4		1
Comprometimento profissional nível hierárquico superior com assistência	3	3	1	2	2	4	3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3		1
Responsabilidade/cuidado dos profissionais da equipe de enfermagem	2	3	3	2	2	2	3	3	5	2	3	3	2	2	2	2	2	3		1
Qualidade do material utilizado na assistência	2	3	2	3	2	1	2	3	3	3	3	1	2	2	1	3	3			1
Quantidade de material para assistência	2	3	1	2	2	1	2	3	2	1	4	3	1	2	2	1	2	3		1
Decisões técnico-administrativas de enfermagem não conflitante com a hegemonia médica	3	3	1	3	3	4	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3		1
Equipe de enfermagem em nível operacional preocupada com qualidade assistência.	2	3	3	3	3	3	3	3	4	1	3	3	2	3	2	2	2	3		1
Equipe de enfermagem preparada para prevenção de erro, relacionados aos fatores de risco	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	3	3	1	3	2	3	3	4		2
Disponibilidade de material e equipamento alto custo para assistência	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	1	3	1	2	5	4		3
Disponibilização de materiais e equipamentos simples para atividades rotineiras ao cuidado.	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1	2	3	3		1
Mesmo status da posição hierárquica da equipe de enfermagem relacionada a equipe multiprofissional	1	2	1	3	1	1	2	1	4	1	1	3	1	4	2	1	3	3		1
Respeito e não exposição a práticas que ferem a moral e a dignidade da equipe de enfermagem	1	3	1	2	2	4	3	2	3	1	2	3	1	3	1	1	1	3		1
Relações de poder no nível operacional da equipe de enfermagem referendadas pelo sistema institucional	2	3	1	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	1	3		1
Decisões compartilhadas/equipe de enfermagem com a alta administração	2	1	1	1	1	2	3	2	2	1	2	3	1	3	1	2	2	2		2
Autoestima fortalecida da equipe de enfermagem ao desempenhar suas funções	2	3	5	3	2	1	3	3	5	2	3	2	2	3	2	3	2	3		1
Práticas da equipe de enfermagem compatíveis com código ética	1	3	3	2	2	3	3	3	3	1	2	2	1	2	2	2	1	3		2
Sistematização das ações necessárias para o trabalho da equipe de enfermagem	2	2	2	2	3	1	3	3	2	1	2	2	1	2	2	1	1	3		2
Equipe de enfermagem atinge os objetivos propostos pela instituição	2	2	3	2	3	2	3	3	3	1	2	2	2	3	2	2	2	3		1
Investimento de desenvolvimento profissional/educação permanente	3	2	1	3	1	4	3	4	4	1	3	1	2	3	2	3	4	3		2
Compartilhamento de informações	3	3	1	3	1	3	2	3	4	1	3	2	1	3	2	2	2	4		1
Relações institucionais atende legislação vigente	2	4	1	2	1	3	2	4	3	1	2	3	1	3	2	1	1	4		2
Objetivo institucional claro atendendo a necessidade da população assistida	2	2	2	2	1	2	2	4	4	1	2	3	1	3	2	1	1	4		1
Pontuação de cada hospital	60	74	59	69	52	69	73	80	82	43	70	68	41	76	49	60	64	91		44
Grau de satisfação sobre as condições de trabalho no hospital	SS	SS	SS	SS	S	SS	S	SS	NS	S	SS	SS	S	SS	S	SS	SS	NS		S

Escores e legendas: quanto maior a pontuação, pior a condição de trabalho oferecida

Altamente satisfatório (AS)	1	27	100%	0
Satisfatório (S)	2	28 a 54	99 a 75%	23,5%
Suficientemente satisfatório (SS)	3	55 a 81	74 a 50%	64,7%
Não satisfatório (NS)	4	82 a 109	49 a 24%	11,7%
Não sabe informar ou não respondeu (NSI)	5	109 a 135	0%	0

Podemos dizer que a falta de algumas das condições de trabalho apontadas faz com que o enfermeiro se arrisque e coloque o paciente em risco, já que, mesmo não havendo condições de atendimento, a população não deixa de ser atendida, sobretudo pelo fato de ser o hospital público seu último recurso.

A resolução COFEN-189/96 estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, cabendo ao RT de enfermagem da instituição garantir os recursos humanos necessários à assistência de enfermagem e à segurança do paciente. Essa prerrogativa resulta em nova tomada de decisão do RT, que estabelecem prioridades que podem ferir a ética profissional²².

A questão da qualificação de pessoal de enfermagem foi amplamente abordada nos serviços públicos. O Ministério da Saúde instituiu o PROFAE em 18 de outubro de 1999, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, que, por meio da Secretaria de Gestão de Investimentos da Saúde (SIS), contribuiu, efetivamente, com o processo de formação profissional do trabalhador da área de Enfermagem²³.

A formação do técnico de Enfermagem trouxe maior segurança para o trabalhador e para o usuário. No entanto, a não existência desse profissional no quadro da rede pública desestimula o próprio aprimoramento. Para o enfermeiro, não há incentivos salariais, cargos e plano de carreiras, embora ele esteja em constante aprimoramento de seus conhecimentos profissionais.

O Código de Proteção e Defesa do Consumidor caracteriza responsabilidade pelo dano causado independente da comprovação de culpa do paciente, partindo-se do princípio da vulnerabilidade do paciente, vítima a ser protegida quando parte fraca da relação de consumo – nesse caso, o serviço de Enfermagem inadequado prestado por uma equipe sem condições de trabalho²⁴.

O RT de Enfermagem, novamente, depara-se com a situação de cogestão, em que precisa colaborar com sua força de trabalho, sua equipe de enfermeiros e auxiliares, mas sem participação efetiva na formulação de metas e objetivos institucionais, sendo muitas vezes impedido de executar suas normas e rotinas pela falta de clareza dos limites de autoridade, tanto da equipe médica quanto da equipe administrativa do hospital. Alguns diretores de hospitais trabalham voltados para o cumprimento de tarefas, não se desviando da rotina fixada, mostrando-se centralizadores, impessoais e objetivando a produtividade²⁵.

De acordo com as opiniões das entrevistadas, verifica-se uma complexidade de fatores interrelacionados com a repetição das condições inadequadas de quantificação e qualificação de profissionais de Enfermagem, falta de comprometimento da equipe multiprofissional com a assistência ao usuário, posição hierárquica inferiorizada da equipe de Enfermagem e falta de investimentos no aprimoramento profissional. Tal carência de recursos condiciona o enfermeiro e sua equipe a um trabalho de mero fazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato que determina o poder de decisão nas organizações estudadas é influenciado por condicionantes de ordem sociocultural, econômica, histórica e política.

A fim de procurar descentralizar o poder decisório, visto que esse poder pode ser compartilhado por várias áreas e profissionais de saúde, o responsável pela assistência deve clarear as relações hierárquicas.

Para manter a qualidade dessa assistência, deve se explicitar o aspecto moral da justa alocação de recursos humanos, os meios mais adequados para fazê-lo, e a decisão político-administrativa de como fazê-lo.

E, por fim, substituir a rigidez organizacional pela flexibilidade, a tradição pela inovação, a ênfase da hierarquia pelo trabalho em equipe, as decisões individuais por decisões consensuais, sem perder a eficácia e eficiência.

REFERÊNCIAS

1. Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Shinyashiki GT [Internet]. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. Revista Latino-Americana Enfermagem. 2002;10:1. [cited 2008 Mar 29]. Available from: http://www.Scielo.br/scielo.php?Script+sci_arttext&pid+S0104-1169200200001000013
2. Marcon PM, Polak YNS, Meiaer MJ [Internet]. A bioética no processo de trabalho administrativo da enfermagem: uma reflexão. Curitiba, 2005. [cited 2008 Mar 29]. Available from: <http://www.uff.br/nepae/objn402marconetal.htm>
3. Cohn A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1999.
4. Associação Paulista de Medicina (APM). SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006.
5. Cianciarullo TI. Instrumentos básicos para o cuidar: Um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2007.
6. Souza RR, Mendes JD, Barros S (Org). 20 anos do SUS. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2008. cap. 2. p. 26-37.
7. Mintzberg H, Quinn J B. O conceito de estratégias: o processo da estratégia. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
8. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998.
9. Leopardi MT (Org.). Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration, 1980.
11. Berti HW, Braga EM, Godoy I, Spiri WC, Bochi SCM. Movendo-se entre o desejo e a prática da beneficência. *Bioethikos*. 2007;1(1):91-8. Kurcgant P, Peres HHC, Ciampone MHT. A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem. *Rev Escola de Enfermagem USP*. 1996;30(3):416-38.
12. Lopes P. Formação em enfermagem e cidadania. *Enfermagem em Foco*. 1997;26: 37-42.
13. Azambuja D. Teoria geral do Estado. 16. ed. Porto Alegre: Globo, 1984.
14. Brasil [Internet]. Decreto-Lei Nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. [citado em: 2010 Mar. 25]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0200.htm>
15. Brasil [Internet]. Lei Nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [cited 2008 Mar 29]. Available from: <http://www.corensp.org.br/072005/>
16. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Pearson: Prentice Hall, 2002.
17. Geri LW, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
18. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
19. São Paulo (Estado) [Internet]. Lei Complementar Nº 180, de 12 de maio de 1978. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Administração de Pessoal e dá providências correlatas. [citado em: 2010 Mar. 20]. Disponível em: http://www.fespesp.org/arquivos/lei_complementar_180_12051978-072007.pdf
20. Tavares SCP. O Enfermeiro no exercício de suas competências gerenciais em Hospitais Públicos da Administração Direta no município de São Paulo: análise dos prováveis fatores causadores de vulnerabilidade. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.
21. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [Internet]. Resolução COFEN Nº 189, de 25 de março de 1996. Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. [cited 2010 Mar 29]. Available from: www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/.../resolucao_189_96.pdf
22. Brasil [Internet]. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1262/GM, de 18 de outubro de 1999. [cited 2010 Mar 29]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf
23. Brasil [Internet]. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. [cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.emdefesadoconsumidor.com.br/codigo/codigo-de-defesa-do-consumidor.pdf>
24. Jericó MC, Peres AM, Kurcgant P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. *Rev Escola de Enfermagem USP*. 2008;42(3).



Consumo de álcool e cigarro entre alunos brasileiros e fatores de risco e proteção associados

Alcohol consumption and cigarette smoking among Brazilian students and associated risk and protective factors

María Pérez Solís¹, Isaac Garrido¹, Katia Stancato², Ana Carolina Gaban³, Carolina Conceição Bispo⁴, Alessandra Luciana Licco⁴

Palavras-chave

Fatores de risco
Tabagismo
Alcoolismo
Criança
Educação
Saúde pública

Keywords

Risk factors
Smoking
Alcoholism
Child
Alcohol drinking
Education
Public health

RESUMO

Objetivo: conhecer as similaridades e as diferenças de padrões de consumo, experiências, informação, bem como opinião e influência dos fatores de proteção e de risco de droga legal em crianças brasileiras. Método: inquérito multicêntrico com técnica de amostragem do tipo intencional, comparando-se escolas públicas e particulares de áreas periféricas e centrais. Participaram 292 crianças brasileiras, com idade de 11 e 12 anos. Resultados: no nível de idade dos participantes, os fatores de proteção e de risco não funcionam, não discriminando os sujeitos à medida que os diversos fatores exercem seu efeito sobre seu comportamento, relacionados às bebidas alcoólicas e ao tabaco. Outrora, os fatores de proteção e de risco atuam em inter-relação, modulam-se e interferem entre si, de modo que é difícil descobrir como se relacionam. Conclusão: foi encontrado um número muito pequeno de diferenças significativas, quando se analisam as diferenças de gênero na vinculação dos fatores de proteção com o não consumo e dos fatores de risco com o consumo.

ABSTRACT

Objectives: to know the similarities and differences in consumption patterns, experiences, information and belief, as well as the influence of protective factors and risk of legal drug in Brazilian children. Method: a multicenter survey sampling intentional comparing public and private schools in central and peripheral areas. Two hundred ninety-two Brazilian child aged 11 to 12 years participated in the survey. Results: the level of participants' age, protective factors and risk do not work, but did not specify the subject as the various factors exert their effect on their behavior related to alcohol and tobacco. Once the protective factors and risk work in relationships, to modulate and interfere with each other, so it is difficult to figure out how to relate to each other. Conclusion: we found a very small number of significant differences when analyzing gender differences in the binding of protective factors with no consumption and risk factors of tobacco use.

Recebido em:
22/11/2011

Aprovado em:
20/12/2011

Conflito de interesse:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, sob número de registro A/010824/07

1. Doutores em Psicologia; Professores Doutores do Curso de Psicologia da Universidade Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 – Pozuelo de Alarcón, Madrid, Espanha.
2. Doutora em Enfermagem; Professora Doutora do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
3. Acadêmica do Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Campinas (SP), Brasil.
4. Psicólogas do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campus II – Campinas (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Katia Stancato – Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal: 6111 – Cidade Universitária "Zeferino Vaz" – CEP 13083-887 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: katia@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas legais apresenta uma grande incidência na população em geral e, especialmente, em adolescentes e em crianças, merecendo atenção do ponto de vista educativo e social.

O consumo excessivo de álcool é o responsável por 2,3 milhões de mortes ao ano, o que representa 3,7% da mortalidade global. O tabagismo, por sua vez, é uma das principais causas de morte no mundo. Atualmente, morrem, ao ano, 5,4 milhões de pessoas devido ao consumo de cigarro (uma pessoa a cada 6 segundos) e, apesar de que a maior parte dos fumantes começa a fumar antes dos 18 anos de idade, quase a quarta parte fuma antes de completar 10 anos. Por outro lado, enquanto nos países desenvolvidos registra-se uma queda na tendência para fumar, nos países em vias de desenvolvimento ocorre o contrário¹.

O cigarro já é a segunda droga mais consumida por jovens brasileiros, depois do álcool. A média da idade dos que iniciam o consumo de álcool e de cigarro é de 12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente². Esses valores médios nacionais são menores que o valor médio mundial, que é de 15 anos¹.

Em países emergentes, como o Brasil, o consumo de substâncias psicoativas, o narcotráfico e a delinquência possuem uma estreita relação. As crianças em situações familiares de risco e exclusão social são levadas a se incorporarem a redes de distribuição de drogas em que recebem como pagamento 20% das substâncias que vendem nas chamadas “bocas de fumo” (pontos de venda ilegal de droga). Estudos realizados detectaram alta rotatividade de jovens empregados pelo narcotráfico e a tendência ao consumo de substâncias psicoativas em idades cada vez menores, entre 13 e 19 anos. Os enfrentamentos com a polícia resultaram em 60,4% das mortes registradas no decorrer do estudo³.

Conjuntamente à problemática social e de saúde, que implica o consumo de drogas legais (toleradas socialmente), como o álcool e o cigarro, há de se levar em consideração que o uso dessas drogas induz, com muita frequência, a experimentar drogas ilegais (não toleradas socialmente), constituindo ou funcionando as drogas legais como “porta de entrada” para as ilegais.

Na medida em que o uso de drogas legais apareça antes, maior será a implicação no uso de outras drogas e maior a frequência do uso^{4,5}. O “Modelo das Etapas do Consumo de Drogas” sustenta que o consumo de drogas

segue uma sequência, passando por diversas etapas, que vão desde o não consumo, ao consumo das primeiras substâncias de iniciação (drogas legais), produzindo-se, na etapa 1, o consumo de cerveja/vinho e, na etapa 2, o uso de cigarro/bebidas de alta graduação. As drogas legais facilitam o consumo de diversas substâncias: *cannabis* primeiro e outras drogas ilegais depois⁶.

O consumo problemático de drogas não aparece de forma repentina; desenvolve-se ao longo de um processo evolutivo, constituído por quatro etapas: primeiro há o consumo de bebidas de baixa graduação (cerveja e vinho). Situar-se em uma etapa não implica que o sujeito passe necessariamente à seguinte. Consumir álcool ou fumar não acarreta que, inexoravelmente, chegue-se a consumir *cannabis* ou outras drogas ilegais. De fato, muitos sujeitos consomem álcool e/ou cigarro sem se envolver com outros tipos de substâncias. Cada etapa de consumo é uma condição necessária, mas não suficiente, para o progresso à seguinte, podendo ser considerada um “fator de risco” que favorece o passo à próxima etapa, apesar de que não determinar de forma inevitável, esse avanço. Um sujeito que consuma drogas legais terá maior possibilidade de consumir *cannabis*, que um não consumidor. Da mesma forma, um consumidor de *cannabis* terá mais possibilidades de consumir outras drogas, que um sujeito que só consuma drogas legais. Tal modelo foi confirmado, encontrando-se o padrão de evolução proposto tanto em homens como em mulheres, de diferentes idades e de raças diferentes⁷.

Estimamos que a idade de início no consumo de diferentes drogas é uma variável importante, desde um ponto de vista preventivo, dado que quanto maior a idade maior é o risco de estabelecer-se um vício a uma substância e ao consumo concomitante de outras.

Em consequência, dada a preocupante evolução do consumo de drogas em menores, faz-se conveniente identificar quais são os fatores específicos que se associam ao consumo de drogas, para poder desenvolver programas de prevenção eficazes, baseados na modificação ou potenciação, conforme o caso, de tais fatores. O estudo dos fatores de risco para o consumo de drogas é uma linha de pesquisa prioritária na atualidade.

O estudo dos fatores de risco e de proteção tem gerado um grande número de pesquisas⁸, em especial na adolescência e na juventude, em populações de risco, mas não contamos com informação contrastada em crianças procedentes de famílias estruturadas, de *status* socioeconômico médio.

MÉTODOS

Hoje em dia, a explicação do fenômeno das drogas não se traduz somente no abuso do consumo nem em determinados tipos de consumidores, mas responde a uma problemática social complexa, na qual convergem diversidades de fatores sociofamiliares, educativos e pessoais, que inter-relacionados, dão lugar ao consumo das drogas.

Existem diferentes teorias e modelos explicativos sobre o início, consolidação e adição de consumo de álcool e cigarro. As pesquisas se apoiam, em parte, na “teoria cognitivo social”^{9,10}, segundo a qual admitimos que, no processo de iniciação do consumo de álcool, há três tipos de influências diretas importantes: a influência da família e dos iguais; a influência de modelos; e o desenvolvimento de experiências relacionadas com o álcool.

Por outra parte, apoia-se também na “teoria biopsicossocial”¹¹. Diversos estudos comprovam que existe uma série de fatores no início da conduta de fumar antes de se constituir em um fumante habitual. Entre os fatores de predisposição encontram-se a influência das normas e de valores da família, e os fatores pessoais, cognitivos e de expectativas frente ao cigarro e sobre a aceitação social do consumo. Também exercem uma influência significativa fatores sociodemográficos, como idade, sexo e nível de estudo, entre outros.

Finalmente, a disponibilidade e a publicidade, que ainda existem em relação às bebidas alcoólicas e ao cigarro, incidem num início precoce no consumo dessas substâncias.

Também nos apoiamos no Modelo das Etapas do Consumo de Drogas⁶, pois o consumo dessas substâncias e o consumo de drogas ilegais não surgem de forma repentina, mas se desenvolvem ao longo de um processo evolutivo. Desse modelo, entende-se que cada etapa de consumo é uma condição necessária, mas não suficiente, para o progresso a um consumo mais problemático, podendo ser considerada cada uma delas um fator de risco, que favorece o passo à etapa seguinte, apesar de não determinar de forma inevitável esse avanço. Quanto mais precoce o início do consumo dessas substâncias, mais provável será o avanço a etapas posteriores.

Por consequência, a prevenção tem como objetivo atrasar a idade de início do consumo. A situação de vulnerabilidade para o consumo de drogas legais e ilegais, assim como a sua manutenção, está fortemente

relacionada aos fatores de risco e de proteção. O estudo dos mesmos constitui uma das linhas fundamentais de investigação a nível internacional. Nessa investigação, são objetos de estudo os fatores de risco e de proteção do âmbito escolar, que podem incidir no consumo de álcool e de cigarro.

Foram propostas diversas hipóteses relacionadas com os consumos, os fatores de risco e de proteção entre os alunos brasileiros e com as diferenças de gênero na vinculação dos fatores de risco e dos fatores de proteção, sobre o consumo e o não consumo.

Consumo de bebidas alcoólicas e cigarro

- Hipótese 1: os alunos brasileiros iniciam o consumo de bebidas alcoólicas em um número maior que no consumo de cigarro.
- Hipótese 2: entre os alunos existem diferenças de gênero no início do consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro, ocorrendo mais tarde nas alunas.
- Hipótese 3: pais e mães atuam como modelos no consumo de bebidas alcoólicas e no consumo de cigarro entre os alunos brasileiros.
- Hipótese 4: o consumo de bebidas alcoólicas está vinculado com celebrações e festas (é uma forma de celebrar algo) entre os alunos.
- Hipótese 5: o consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro está vinculado com a pressão que o grupo de iguais possa exercer (a não diferenciação de grupo), entre os alunos.

Fatores de risco e de proteção

- Hipótese 6: os fatores de proteção estão vinculados com o consumo de bebidas alcoólicas e com o não consumo de cigarro entre os alunos.
- Hipótese 7: os fatores de risco estão vinculados com o consumo de bebidas alcoólicas e com o consumo de cigarro entre os alunos.

Diferenças de gênero

- Hipótese 8: não existem diferenças de gênero na vinculação dos fatores de proteção com o não consumo de bebidas alcoólicas, nem com o não consumo de cigarro, entre os alunos brasileiros.
- Hipótese 9: não existem diferenças de gênero na vinculação dos fatores de risco com o consumo de bebidas alcoólicas, nem com o consumo de cigarro entre os alunos.

Os dados foram obtidos de informação proporcionada por 292 alunos brasileiros (128 garotos e 164 garotas), de idades entre 11 e 12 anos, escolarizados e pertencentes a famílias estruturadas, de *status* econômico médio. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com parecer número 633/2008 emitido em 14 de outubro de 2008. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nessa pesquisa descritiva, empregamos um desenho transversal e retrospectivo, na medida em que se pretende observar a manifestação do consumo ou não de substâncias aditivas (variáveis dependentes) e tentar identificar retrospectivamente seus antecedentes ou causas (variáveis independentes). As variáveis recolhidas neste estudo correspondem a três grupos: variáveis dependentes (consumo de álcool e de cigarro declarado pelas crianças); variáveis interventoras (experiências, informação e opinião dos alunos sobre o álcool e o cigarro) e variáveis sociodemográficas (idade – 11 e 12 anos, sexo, estudantes, nível socioeconômico, crianças procedentes de famílias estruturadas).

Em uma relação sequencial, os fatores de proteção e os fatores de risco seriam variáveis precedentes, sendo as variáveis subsequentes o não consumo/consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro. Para conhecer os consumos de álcool e cigarro, assim como a incidência dos fatores de risco e de proteção, foram utilizados os questionários elaborados por Garrido e Pérez Solís¹².

O questionário sobre consumo de bebidas alcoólicas, composto por 21 itens, permite explorar o consumo, a opinião, a experiência e a informação dos participantes sobre essa substância. Do mesmo modo, o questionário sobre o consumo de cigarro está composto por 16 itens, com os que podemos conhecer as dimensões anteriormente citadas, aplicadas ao cigarro.

Conjuntamente, para conhecer os distintos aspectos que possam contribuir a que alguém beba ou fume ou a que leve alguém a beber ou a fumar foram utilizados o Questionário sobre Influência dos Fatores de Risco na Conduta de Beber e o Questionário sobre Influência dos Fatores de Risco na Conduta de Fumar.

Para conhecer os aspectos que contribuam a que alguém não beba ou não fume ou que levem alguém a não beber ou fumar foram utilizados o Questionário sobre

Influência dos Fatores de Proteção na Conduta de Beber e o Questionário sobre Influência dos Fatores de Proteção na Conduta de Fumar.

Esses quatro questionários estão formados por sete itens cada um, nos quais os participantes devem indicar, em ordem descendente, a maior ou menor influência dos fatores no consumo ou não consumo dessas substâncias. Os questionários foram aplicados aos alunos brasileiros em seus respectivos centros, respondendo de forma anônima e em presença, ao menos, de um membro da equipe pesquisadora.

Dentre os participantes brasileiros foram selecionados alunos escolarizados em centros privados, dado que a maioria dos alunos escolarizados em centros públicos brasileiros pertence a famílias de *status* socioeconômico baixo ou muito baixo. Antes da seleção dos centros, o projeto foi apresentado à Prefeitura Municipal de Campinas e foi esta instituição a encarregada de convocar as equipes diretivas de determinados centros; em uma reunião conjunta, apresentamos o projeto e solicitamos a colaboração dos mesmos, fazendo deles os intermediários entre a equipe pesquisadora e as famílias.

Os alunos brasileiros foram todos selecionados de oito centros públicos e quatro privados do Ensino Médio, situados no município de Campinas. Em todos eles, contou-se com a autorização da equipe diretiva dos centros e das famílias (estas outorgaram seu consentimento informado por escrito).

Os alunos responderam os questionários de forma anônima e voluntária, em seus respectivos centros educativos e dentro do horário escolar. Os dados proporcionados pelos questionários foram introduzidos em uma base de dados e processados com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Na análise estatística, realizou-se primeiro um estudo descritivo e, depois, compararam-se determinadas variáveis, com a incorporação do corpo de conhecimento contrastado sobre os fatores de consumo e a relevância dos fatores de risco e proteção, desde a perspectiva de gênero.

RESULTADOS

Entre os aspectos relevantes do estudo descritivo, destaca-se um reflexo da maior tolerância social sobre o consumo de bebidas alcoólicas do que sobre o consumo de cigarro, já que um elevado número dos participantes (43,8%) tomou bebidas alcoólicas, enquanto 87,3% não tentaram fumar; entre as principais circunstâncias para

beber e para fumar encontram-se as festas de Natal/Ano Novo; uma elevada porcentagem dos pais e das mães dos participantes bebe e fuma; a maioria dos participantes obteve bebida ou cigarro em bares; um motivo muito importante para beber e fumar é “por gosto e diversão”; uma porcentagem mais elevada de participantes considera que o álcool prejudica a saúde (70,5%), em relação à consideração do cigarro como uma substância muito perigosa (65,1 %); as restrições da publicidade sobre o álcool e o cigarro coincidem em que não podem ser realizadas nas proximidades de colégios, nem em peças de roupa juvenil e em não estar relacionada com personagens populares.

A análise de dados apresenta-se seguindo as hipóteses estabelecidas. A hipótese 1 afirma que “os alunos brasileiros iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas, em um número maior que no consumo de cigarro”. Os dados permitem confirmar a hipótese 1 [$X(1)=39,743$, $p=0,000$]. O número de sujeitos que tomou alguma vez bebidas alcoólicas e não tentou fumar ($n=94$) é significativamente maior que o dos que tomaram alguma vez bebidas alcoólicas e tentaram fumar ($n=34$).

A hipótese 2 estabelece que “entre os alunos existem diferenças de gênero no início do consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro, ocorrendo mais tarde nas alunas”. Os dados não confirmam a hipótese 2, no consumo de bebidas alcoólicas [$X(8)=10,571$, $p=0,227$], nem no consumo de cigarro [$X(5)=12,106$, $p=0,033$], indo na direção contrária, sendo mais precoces as alunas.

A hipótese 3 afirma que “pais e mães atuam como modelos no consumo de bebidas alcoólicas e no consumo de cigarro entre os alunos brasileiros”, sendo confirmada totalmente pelos dados, revelando que aqueles que têm um pai que consome bebida alcoólica são os que, em maior número [$X(1)=25,290$, $p=0,000$], tomaram alguma vez bebidas alcoólicas ($n=84$; 65,6%). Aqueles cuja mãe consome bebidas alcoólicas são os que em maior número [$X(1)=31,712$, $p=0,000$] tomaram alguma vez bebidas alcoólicas ($n=66$; 51,6%). Em relação ao consumo de cigarro, os dados dos alunos não confirmam a hipótese 3, indo na direção contrária. Aqueles (53; 20,8%) cujo pai é fumante são os que em menor número tentaram fumar [$X(1)=22,099$, $p=0,000$]. Aqueles ($n=48$; 18,8%) que têm mãe fumante são os que em menor número tentaram fumar [$X(1)=19,336$, $p=0,000$].

A hipótese 4 estabelece que “o consumo de bebidas alcoólicas está vinculado com celebrações e festas (é uma

forma de celebrar algo) entre os alunos” e não é confirmada [$X(1)=0,014$, $p=0,905$]. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas sobre o consumo de bebidas alcoólicas, como uma forma de celebrar algo, entre os sujeitos de ambos os sexos [$X(1)=2,157$, $p=0,151$].

A hipótese 5 estabelece que “o consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro está vinculado com a pressão do grupo de iguais possa exercer (a não diferenciação de grupo), entre os alunos”. Contudo, os dados não permitem confirmar essa hipótese. Vão à direção contrária, tanto no consumo de bebidas alcoólicas [$X(1)=6,159$, $p=0,013$] quanto no de cigarro [$X(1)=5,695$, $p=0,017$]. Tampouco apresentam diferenças estatisticamente significativas, entre os sujeitos de ambos os sexos, na vinculação do consumo de bebidas alcoólicas com a pressão do grupo [$X(1)=3,498$, $p=0,061$]. Também não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos sujeitos de ambos os sexos, na relação com o consumo de cigarro [$X(1)=2,166$, $p=0,141$].

A hipótese 6 estabelece que “os fatores de proteção estão vinculados com o consumo de bebidas alcoólicas e com o não consumo de cigarro entre os alunos”. Os dados permitem negar parcialmente a hipótese 6, em relação ao não consumo de bebidas alcoólicas, entre os alunos brasileiros, confirmando-se, unicamente, respeito aos fatores de proteção, “elevada motivação e expectativas de futuro” ($p=0,018$) e “adequado rendimento escolar” ($p=0,025$).

Os dados também permitem recusar totalmente a hipótese 6 em relação à vinculação dos sete fatores de proteção com o não consumo de cigarro. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas na medida em que os alunos brasileiros consideram que cada um dos sete fatores de proteção contribua a que não fume ou não chegue a fumar.

A hipótese 7 estabelece que “os fatores de risco estão vinculados com o consumo de bebidas alcoólicas e com o consumo de cigarro entre os alunos”. Os dados permitem aceitar parcialmente a hipótese 7, sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Permitem confirmá-la no que se refere aos fatores de risco “má adaptação ou escassa integração escolar” ($p=0,013$), “ausência de motivação e falta de expectativas de continuar os estudos” ($p=0,049$) e “orientação negativa à escola” ($p=0,006$). Em relação a esses três fatores de risco, encontram-se diferenças estatisticamente significativas, na medida em que os alunos brasileiros consideram que contribuem para que bebam ou possam chegar a consumir bebidas alcoólicas.

A hipótese 8 estabelece que “não existem diferenças de gênero na vinculação dos fatores de proteção com o não consumo de bebidas alcoólicas, nem com o não consumo de cigarro, entre os alunos brasileiros”. Os dados permitem confirmar totalmente a hipótese 8, em relação ao não consumo de bebidas alcoólicas. A variável gênero não influi na medida em que os alunos brasileiros consideram que estão vinculados os fatores de proteção com o não consumo de bebidas alcoólicas. Os dados também permitem confirmar parcialmente a hipótese 8, em relação ao não consumo de cigarro. Há recusa unicamente sobre o fator de proteção “orientação positiva à escola” ($p=0,040$). Entre os alunos, o gênero masculino considera, em maior parte que o feminino, que a “orientação positiva à escola” está vinculada com alguém que não fume ou não chegue a fumar.

A hipótese 9 estabelece que “não existem diferenças de gênero na vinculação dos fatores de risco com o consumo de bebidas alcoólicas, nem com o consumo de cigarro entre os alunos”. Os dados permitem confirmar a hipótese 9 em relação ao consumo de bebidas alcoólicas. A variável gênero não influi na medida em que os alunos consideram que os fatores de risco estão vinculados com o consumo de bebidas alcoólicas. Os dados permitem confirmar a hipótese 9 também em relação ao consumo de cigarro. A variável gênero não influi na medida em que os alunos consideram que os fatores de risco estão vinculados com o consumo de cigarro.

DISCUSSÃO

O fato de constatar que os alunos brasileiros, na pré-adolescência (11 e 12 anos), consomem bebidas alcoólicas em um número significativamente maior dos que consomem cigarro destaca a existência de uma percepção de menor periculosidade do álcool, em relação ao cigarro e uma maior tolerância social sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

Do mesmo modo, encontramos a percepção da menor periculosidade do álcool e uma maior tolerância social ao consumo de bebidas alcoólicas. Os que tomaram bebidas alcoólicas representam uma porcentagem importante dos participantes brasileiros (43,8%). Pelo contrário, a maior parte (87,3%) não tentou fumar.

É de se destacar a consistência dos resultados sobre a função do pai e da mãe como modelos no consumo de bebidas alcoólicas. Um número mais elevado dos participantes cujo pai consome bebidas alcoólicas representa

os que tomaram bebidas alcoólicas. O mesmo ocorre em relação à mãe. Há de se levar em conta, para avaliar o alcance desse resultado, que se manifestou na análise descritiva, que uma porcentagem importante dos pais (49%) e das mães (58,8%) dos participantes consome bebidas alcoólicas. Sobre o consumo de cigarro, não encontramos tal fato.

O estudo descritivo destacou que as circunstâncias em que se produz o consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro, fundamentalmente, são as festas de Natal e Ano Novo, como se fosse um ritual de iniciação. Sobre isso, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos de ambos os sexos.

Ao contrário do destacado sobre a função de pais e mães no processo de educar em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, parece que a pressão do grupo de iguais não exerce um efeito apreciável, abaixo da idade de 12 anos. Nos participantes brasileiros, pode ser que a pressão do grupo tem o efeito contrário, estando associado ao não consumo.

São de grande interesse os resultados que a pesquisa proporcionou, em relação a vinculação dos fatores de proteção com o não consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro, assim como a vinculação dos fatores de risco com o consumo.

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas, em um número reduzido das múltiplas diferenças estabelecidas, na medida em que os participantes consideram que cada um dos sete fatores de proteção contribui para que alguém não beba. Somente se encontram diferenças estatisticamente significativas sobre a “elevada motivação e expectativas de futuro” e “adequado rendimento escolar”. Sobre o não consumo de cigarro, não se encontra nenhuma diferença estatisticamente significativa.

Em relação aos fatores de risco, sobre o consumo de bebidas alcoólicas, somente se encontram diferenças estatisticamente significativas em “má adaptação ou escassa integração escolar”, “ausência de motivação e falta de expectativas” e “orientação negativa à escola”. Sobre o consumo de cigarro, não se encontra nenhuma diferença estatisticamente significativa.

Esses resultados podem indicar que, no nível de idade dos participantes (11 e 12 anos), os fatores de proteção e os fatores de risco não funcionam, não discriminando os sujeitos na medida em que os diversos fatores exercem seu efeito sobre seu comportamento em relação às bebidas alcoólicas e ao cigarro.

Por outro lado, há de se ter em conta que os fatores de proteção e os fatores de risco atuam em inter-relação, modulam-se e influem, de modo que é difícil descobrir como se relacionam entre si. Esse resultado apoia-se no fato de que somente se encontra uma diferença estatisticamente significativa quando se analisam as diferenças de gênero, na vinculação dos fatores de proteção com o não consumo de cigarro, em “orientação positiva à escola”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à dimensão socio-sanitária do consumo cada vez mais precoce, de álcool e cigarro, por crianças e adolescentes, as administrações públicas de diferentes países europeus e americanos estão elaborando medidas preventivas e de promoção da saúde, direcionadas para atrasar a idade de início e para romper a imagem social do consumo de drogas associado ao lazer.

Diferentes estudos científicos mostram como o consumo de álcool pode provocar danos graves em estruturas do cérebro de crianças e adolescentes; algumas dessas estruturas tardam mais em amadurecer, como ocorre com o sistema límbico, fundamental na regulação da conduta emocional. Assim, justifica-se a importância que as diferentes instituições socio-sanitárias concedem ao fomento de hábitos saudáveis de vida desde a infância e o papel fundamental que a escola adquire, não somente no desenvolvimento de atividades encaminhadas para esse fim, como também na detecção precoce dos problemas vinculados ao consumo.

É fundamental realizar a prevenção, encaminhada, entre outros, aos seguintes objetivos: promover uma consciência social frente ao consumo, implicando toda a sociedade como parte ativa ao enfrentamento do problema; aumentar as habilidades e as competências pessoais para reforçar a capacidade de recusar o consumo de drogas; atrasar a idade de início e diminuir o consumo de drogas legais e ilegais, rompendo a imagem social do consumo de drogas associado ao lazer como algo considerado normal.

Para o sucesso desses objetivos, não bastam somente medidas legislativas, é necessário educar. Por meio da ação educativa, a escola influi nos fatores que se relacionam com o início, o uso e o abuso dessas drogas, reduzindo os riscos, reforçando os fatores de proteção e favorecendo a aquisição e o desenvolvimento das habilidades de enfrentamento necessárias para fazer frente a tais influências.

Esta pesquisa revela a poderosa influência da cultura, dos costumes e das crenças no início do consumo dessas substâncias, advindo daí a importância de uma educação de qualidade que é aquela que assegura o desenvolvimento integral dos alunos. A sociedade e a escola participam em conjunto da elaboração do currículo escolar, que não se deve limitar à aquisição de conhecimentos vinculados aos ensinamentos tradicionais mas incluir outros aspectos, entre os que se encontram habilidades, atitudes e valores, que favoreçam o desenvolvimento pessoal.

No contexto da Educação para Saúde, a escola como agente de socialização é o espaço ideal, em que os professores dos distintos níveis educativos, com a assessoria e o apoio técnico dos psicólogos educativos podem atuar como agentes preventivos, sendo possível detectar aqueles alunos em que os fatores de risco podem ter uma importante incidência no consumo de álcool e de cigarro¹³.

O conhecimento dos fatores de risco e dos fatores de proteção pode ajudar o docente a conduzir a aprendizagem em uma série de habilidades sociais, que podem ser utilizadas como núcleo de projetos educativos, com os quais consiga o desenvolvimento pessoal e social dos alunos.

A prevenção tem como objetivo atrasar a idade de início do consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro, para evitar o avanço a padrões de consumo problemáticos. Por outro lado, prevenir o consumo de drogas legais previne também o consumo de drogas ilegais.

Outro aspecto importante é que existem evidências empíricas suficientes em relação ao fato de que o consumo de drogas se produz juntamente de condutas antissociais e violentas na adolescência, em resposta a um mesmo conjunto de determinantes ou fatores de risco. A prevenção das drogas pode contribuir à prevenção da violência na sala de aula.

Do mesmo modo, os resultados da pesquisa avaliam o fato da elaboração de programas de prevenção que integrem técnicas e estratégias que favoreçam a adaptação e a integração escolar. Programas que possibilitem o incremento da satisfação, da motivação e das expectativas de êxito, que eliminem o baixo rendimento e o fracasso escolar. A má adaptação e a escassa integração podem estar associadas com o consumo de drogas e com a presença de condutas negativas (agressivas, de retraimento social etc.).

Educar é prevenir. Na medida em que a escola funciona adequadamente, atua preventivamente. A existência de um ambiente escolar saudável, associado com a orientação familiar adequada, é o suporte ideal para a prevenção do consumo de drogas.

PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores declaram ter responsabilidade e contribuição substancial para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales. Espanha: OMS; 2008.
2. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2008.
3. Relatório do Observatório de Favelas de Rio de Janeiro. Caminhada de crianças, adolescentes e jovens na rede do tráfico de drogas no varejo, 2004-2006 [pesquisa]. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas; 2006.
4. Fleming JR, Kellam SG, Brown CH. Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana and cigarettes. *Drug Alcohol Dependence*. 1982;9(4):285-303.
5. Kandel DB. Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1982;21(4):328-47.
6. Kandel DB. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*. 1975;190(4217):912-4.
7. Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
8. Galduróz JCF, Sanchez ZM, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PLS, et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):267-73.
9. Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2. ed. New York: Guilford Press; 1985.
10. Abrams DB, Niaura RS. Social learning theory. In: Blanke HT, Leonard KE. *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. 2. ed. New York: Guilford Press; 1987.
11. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
12. Garrido I, Pérez Solís M. Factores de riesgo y factores de protección relacionados con el ámbito escolar. Informe presentado a la Dirección General de Educación, Formación Profesional e Innovación Educativa, Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y la Comunidad Autónoma de Madrid; 2002.
13. Plan Nacional sobre Drogas. *Plan de Acción 2005-2008. Estrategia Nacional sobre Drogas 2005-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.



Acreditação de planos de saúde e qualidade: uma revisão

Private health insurance organizations and quality: a review

Hésio de Albuquerque Cordeiro¹, Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi², Roberto José Ávila Cavalcanti Bezerra³, Alexandre Gomes Nordskog⁴

Palavras-chave

Gestão de qualidade
Avaliação
Acreditação
Planos privados de saúde
Gestão em saúde

Keywords

Quality management
Evaluation
Accreditation
Private health insurance
Health management

RESUMO

A acreditação é uma estratégia que tem sido utilizada por sistemas de saúde em todo o mundo, para promover a qualidade em saúde. Caracteriza-se como um processo de avaliação externa, voluntário, em que uma organização especializada avalia uma instituição de saúde, para verificar se padrões ótimos e possíveis são atendidos, a fim de propiciar uma melhoria contínua de qualidade nos serviços prestados. O presente trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica, com o objetivo de avaliar o atual estado da arte no que se refere à acreditação de operadoras de planos de saúde e as especificidades do caso brasileiro. Trabalhos sobre acreditação de planos de saúde, não são muito frequentes, ao contrário do que ocorre com os serviços de saúde, em que a experiência internacional e nacional está sedimentada. A análise do caso norte-americano deve-se ao fato de ser, esta experiência, a mais conhecida e com mais tempo em funcionamento. O caso colombiano, menos conhecido, também é apresentado, por já contar com processo estruturado em um país com estrutura socioeconômica semelhante à brasileira. O artigo é finalizado com a descrição dos impactos identificados, além da apresentação e discussão de aspectos presentes na experiência nacional.

ABSTRACT

Accreditation is a strategy that has been used for health systems in the whole world, to promote standards of quality in health. It is characterized as a voluntary process of external evaluation, where a specialized organization evaluates a health institution to verify if excellent and/or possible standards are used to promote a continuous improvement of quality of services provided. This paper presented a bibliographical revision with the objective to evaluate the current state of the art of health plans accreditation and the specificities of the Brazilian case. Studies on accreditation of health plans, in contrast of the area of health services, are not frequent. The North American case is analyzed due to the fact of being the most well-known experience and with longer operating. The less known Colombian case, is also presented. It has already a structured process of accreditation of health plans and a socio-economic model that could be more comparable to the Brazilian one. The paper ends with the description of the identified impacts, beyond the presentation and discussion of aspects related to the national experience.

Recebido em:
29/08/2011

Aprovado em:
20/12/2011

Conflito de interesse:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

1. Médico Doutor em Medicina Preventiva; Coordenador do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (UESA) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
2. Médica Doutora em Saúde Coletiva; Professora Adjunta e Pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
3. Biólogo Doutor em Ciências da Vida; Coordenador Adjunto do Mestrado em Saúde da Família da UESA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
4. Sociólogo Mestre em Administração Pública; Doutorando de Ciências Políticas e Relações Internacionais do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ); Professor da Universidade Cândido Mendes – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Endereço para correspondência: Hésio de Albuquerque Cordeiro – Rua do Riachuelo, 23 – 3º andar – Centro – CEP 20230-014 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: hesioalbuquerque@ans.gov.br

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade e, em especial, pela qualidade em saúde, não é nova. Em 1924, por exemplo, foi estabelecido nos Estados Unidos, pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o Programa de Padronização Hospitalar (PPH). O PPH definia padrões considerados mais apropriados para garantir a qualidade da assistência médica aos pacientes¹. No entanto, foi a partir da década de 1980, bastante influenciada pelo movimento pela qualidade introduzido nos setores industrial e de serviços, que a questão tomou vulto na área de saúde. Como salientado por Rooney e Ozsternberg², as abordagens abrangentes de gerenciamento pela qualidade da Gestão da Qualidade Total (TQM) e Melhoria Contínua da Qualidade (CQI) ganharam espaço no cotidiano dos formuladores e gerentes de instituições de saúde em todo o mundo.

Atualmente, a assistência à saúde integra uma complexa cadeia envolvendo grande número de técnicos, instituições e práticas, além de mobilizar vultosos montantes de recursos. Nesse contexto, o processo de acreditação de planos de saúde se insere tanto pelo lado dos consumidores, que demandam melhores informações e garantias quanto ao serviço a ser contratado, quanto pelo lado das operadoras dos planos, que identificam nesse processo uma possibilidade de diferenciação de seu produto em mercados com consumidores cada vez mais exigentes e cientes de seus direitos.

O trabalho apresenta-se organizado da seguinte forma. A primeira seção apresenta de forma breve os principais conceitos, a evolução e as perspectivas do processo de acreditação dos planos de saúde em um contexto de busca continuada por melhorias nos padrões de qualidade. A segunda seção apresenta a experiência norte-americana, aqui selecionada por ser a mais conhecida e por mais tempo em funcionamento. Em seguida, se expõe a experiência colombiana, embora com uma bibliografia mais escassa. Por fim, são traçados alguns comentários finais sobre a questão e suas potencialidades para implementação no sistema de saúde brasileiro.

CONCEITOS E PERSPECTIVAS DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NO CONTEXTO DA BUSCA CONTINUADA POR MELHORIAS NOS PADRÕES DE QUALIDADE

Como já salientado, a busca por qualidade na atenção à saúde consiste em uma preocupação dos gestores e da população de forma geral há muito tempo. Para

Carâp et al.³ essa é uma questão que faz parte da própria formação médica e está representada em todos os momentos de sua vida profissional. No entanto, atualmente a complexidade dos processos que compõem a atenção à saúde, que envolvem aspectos como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e reabilitação e a quantidade e diversidade de recursos envolvidos, fazem com que muitas vezes ocorra uma divergência entre as necessidades dos pacientes, dos prestadores e das operadoras de planos de saúde.

A busca pela melhoria da qualidade também deve ser entendida em um contexto histórico de avanços científicos e tecnológicos que, na ausência de processos que racionalizem e promovam maior eficiência, eficácia e efetividade dos recursos e insumos, podem acarretar em aumentos progressivos de custos. McGuire et al. (*apud* Escrivão Jr. e Koyama⁴) mostraram, por exemplo, que o crescimento dos gastos em saúde em alguns países desenvolvidos, entre 1970 e 2002 superaram o crescimento do produto nesses países. Com esse pano de fundo torna-se fundamental definir prioridades e racionalizar a assistência à saúde de forma a utilizar recursos diagnósticos e de tratamento, garantindo a qualidade dos serviços prestados. A racionalidade de alocação de recursos tende a conduzir a criação de centros de excelência que concentram recursos tecnológico e pessoal especializados para o manejo de condições mais graves ou raras. Esses centros também geram parâmetros (*benchmarks*) ou “melhores práticas” a serem utilizadas para a melhoria da qualidade de outras organizações de saúde.

De acordo com Feldman et al.¹, o termo Qualidade ou CQI nos conceitos mais modernos

é um fenômeno continuado de aprimoramento, que estabelece progressivamente os padrões, resultados dos estudos de séries históricas na mesma organização ou da comparação com outras organizações semelhantes, em busca de defeito zero – situação que, embora não atingível na prática, orienta e filtra toda ação e gestão da qualidade. É também um processo essencialmente cultural e desta forma envolve motivação, compromisso e educação dos participantes da entidade, que são assim estimulados a uma participação de longo prazo no desenvolvimento progressivo dos processos, padrões e dos produtos da entidade.

Em avaliações de programas de saúde, Escrivão Jr. e Koyama⁴ salientam que o estabelecimento de metas,

baseadas em parâmetros, leva ao que se possa definir um padrão de qualidade, porém nesse caso, o conceito se diferencia ao constituir um ponto de partida e não de chegada para o processo.

Dessa forma, discussões sobre qualidade se referem, implicitamente ou explicitamente, a noção de avaliação e a definição de padrões, pois se trata de um processo por meio do qual se busca determinar o valor de algo⁵. Um padrão também pode ser entendido como uma expectativa explícita definida por uma autoridade competente que determine o nível de desempenho aceitável de uma instituição². O processo de acreditação se insere nesse contexto e pode ser entendido como um processo de avaliação externa. Nesse processo, uma organização especializada avalia uma instituição de saúde para verificar padrões ótimos e/ou possíveis de serem atendidos para propiciar uma melhoria contínua de qualidade dos serviços prestados.

Os padrões devem ser previamente definidos por especialistas, publicados e aplicados. As decisões sobre a adequação de uma determinada organização que se propõe a ser acreditada a esses padrões envolvem uma avaliação feita por uma equipe de avaliadores, mediante visita prévia a essa organização e cumprimento de exigências, com a obrigatoriedade de renovação da concessão em períodos determinados. Os padrões são normalmente classificados conforme incluam os insumos (estrutura) dos sistemas, os processos desenvolvidos pela instituição ou os resultados que ela espera dos cuidados que presta ou dos serviços que oferece². Os padrões de estrutura analisam aspectos referentes aos recursos humanos e físicos das instituições. Os padrões de processo envolvem desde atividades diretamente relacionadas com o cuidado dos pacientes até atividades de apoio e gerenciais. Padrões de resultado, por sua vez, analisam o efeito das intervenções realizadas em pacientes com um problema de saúde específico e se o objetivo específico dessa intervenção foi alcançado².

A acreditação, dessa forma, pode ser entendida como uma das estratégias que têm sido utilizadas por sistemas de saúde em todo o mundo, para promover a qualidade em saúde. Essas estratégias, em geral, são direcionadas tanto

ao controle à entrada – como no caso do licenciamento⁽¹⁾ das instituições – quanto ao funcionamento das organizações de saúde – como no caso da certificação⁽²⁾ e acreditação. Essas estratégias também podem ser entendidas como abordagens de avaliação da qualidade existentes para atender às necessidades de informação sobre qualidade e desempenho². Ao contrário do licenciamento e da certificação, a acreditação envolve estratégias contínuas de melhoria e alcance de padrões ótimos de qualidade e não apenas a conformidade a padrões mínimos voltados para garantir a segurança pública. Como salientado por Carâp et al.³, uma vantagem de se adotar processo de acreditação como modelo sistematizado para ganhos de qualidade reside na possibilidade de identificar um movimento temporal da organização em direção à melhoria contínua ao invés de analisar o resultado imediato da avaliação e da inferência sobre a qualidade atual.

Apesar de todas as potenciais melhorias envolvidas em um processo de acreditação voltado para a assistência à saúde, especificamente a acreditação de planos de saúde envolve uma questão específica e complexa: a intermediação realizada pelas operadoras de planos de saúde entre o paciente (consumidor) e os prestadores de serviços de saúde. Um grande desafio que se coloca para o setor reside em como corresponsabilizar as operadoras de planos de saúde pela qualidade e pelos resultados da assistência à saúde oferecida pelos prestadores contratados, credenciados e/ou conveniados. Por outro lado, dentre as principais contribuições, específicas ao processo de acreditação de planos de saúde, tem-se: a sinalização ao público que a instituição atende a padrões aceitáveis de qualidade; a demonstração que uma instituição está comprometida com um processo de contínua melhoria de qualidade; e a possibilidade que os beneficiários gozem de instrumentos capazes de qualificar seu processo de decisão acerca da contratação ou da desfiliação ao plano de saúde.

EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS DA ACREDITAÇÃO

A questão da acreditação em saúde se confunde com valores como a segurança e a qualidade demandada pelos pacientes e pela população de forma geral com relação

⁽¹⁾ O Licenciamento é um processo no qual uma autoridade governamental dá permissão para que um profissional ou organização de saúde possa operar e oferecer seus serviços. O licenciamento de organizações é conferido após uma visita *in loco* para verificar se um mínimo de condições é atendido para satisfazer padrões de saúde e de segurança.

⁽²⁾ Certificação refere-se ao processo em que uma instituição governamental ou não governamental avalia e reconhece um profissional ou uma organização de saúde como atendendo a critérios ou requisitos predeterminados. Geralmente o termo acreditação se aplica a organizações e a certificação a profissionais individualmente ou programas limitados.

aos serviços prestados por profissionais e instituições de saúde. Carâp et al.³ apontam para o pioneirismo do trabalho de Codman, realizado em 1913, que apontou as bases para o que viria a ser o programa de acreditação dos hospitais americanos, empreendida pela *Joint Commission of Hospital Accreditation* (em 1952) posteriormente renomeada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*³. De acordo com os autores, foi a partir desse marco que foram estabelecidas as normas e padrões, os quais devem ser revisados periodicamente, com vistas à promoção da melhoria contínua dos serviços médico-hospitalares. Vale ressaltar também que em 1924, como já mencionado, o CAC estabeleceu o PPH. Por meio deste foram definidos um conjunto de cinco processos-padrão voltados para assegurar qualidade e segurança na assistência médico-hospitalar nos Estados Unidos da América (EUA), quais sejam¹:

- organização dos médicos com o privilégio de exercer a prática profissional no Hospital, em um corpo clínico;
- a admissão dentro do corpo clínico é restrita a médicos que sejam graduados em Medicina e legalmente aptos para o exercício de suas atividades;
- as atividades do corpo clínico são submetidas à aprovação do conselho diretor do hospital;
- obrigatoriedade dos registros dos pacientes, os quais dever ser precisos, completos e acessíveis a todo o hospital;
- disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos para o estudo-tratamento dos pacientes.

O processo de estabelecimento de padrões em favor da CQI e segurança nos hospitais norte-americanos evoluiu e, já em 1949, o Manual de Padronização contava com 118 páginas. Os avanços científicos e tecnológicos na área de saúde, com a crescente sofisticação e aumento da complexidade da assistência médica, o aumento do número de instituições e o aumento da procura por especialidades não cirúrgicas, implicaram em crescentes dificuldades para manutenção do manual de padronização proposto pelo CAC. Com isso, O CAC uniu forças com outras sociedades acadêmicas e de classe nos EUA e Canadá⁽³⁾, o que resultou na criação, em 1951, do programa de acreditação hospitalar da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* posteriormente, em 1987 renomeada para JCAHO e com suas funções ampliadas¹.

Especificamente no que se refere à acreditação de planos de saúde, o caso norte-americano mantém seu pioneirismo na busca por qualidade e segurança ao atendimento do consumidor, com a criação do *National Commitee for Quality Assurance (NCQA)*, em 1990. O NCQA é uma organização acreditadora privada, sem fins lucrativos, que avalia os serviços oferecidos pelos planos de saúde norte-americanos, usando um método de qualificação dos principais processos e sistemas que definem um plano de saúde. De acordo com Koyama⁶, os serviços realizados pelo NCQA incluem a avaliação de cuidados fornecidos e executados por essas organizações, o que segundo o autor constitui um “padrão-ouro” para gestores, consumidores e reguladores dos planos de saúde.

A experiência canadense e australiana em acreditação médico-hospitalar também não é recente, tendo se iniciado ainda na década de 1970. De acordo com Carâp et al.³ ambas experiências são similares em sua estrutura e utilizam métodos cada vez mais amplos em relação às exigências de padrões para cada serviço de um hospital. No Canadá, a organização encarregada da avaliação dos serviços em saúde é o *Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)* – organização não governamental, sem fins lucrativos. Na Austrália, a acreditação de prestadores de serviço já está consolidada e atualmente ocorre a organização da acreditação de operadoras de planos de saúde. Tal processo está sendo elaborado pelo Ministério da Saúde Australiano, através de consulta pública⁷. A acreditação de operadoras possui como objetivo aumentar a confiança dos consumidores nas operadoras e promover atendimento de melhor qualidade. A *Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare* (Comissão Australiana para Segurança e Qualidade no Cuidado à Saúde) é uma instituição nacional que trabalha com padrões de segurança e qualidade responsável pelo processo de acreditação das operadoras.

Na América Latina sobressaem-se os casos da Colômbia e do Chile. Na Colômbia, o processo de acreditação foi regulamentado por força de lei a partir da reforma do sistema de saúde promovida pela Lei nº 100/1993 e posteriormente regulamentado pelo Decreto nº 2174 de 28 de novembro de 1996, o qual estabeleceu o *Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad Del Sistema General de Seguridad Social em Salud*. O referido decreto estabeleceu as diretrizes do programa de acreditação na Colômbia.

⁽³⁾ American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association e Canadian Medical Association.

Este é empreendido pelo Sistema Único de Acreditação, voluntário, confidencial (há necessidade de autorização prévia para publicar o resultado) e gradativo, objetivando explicitamente melhor preparar as organizações de saúde para a competição interna e no plano internacional (através da exportação de serviços de saúde). No caso chileno, propõe-se que as instituições prestadoras de serviços de saúde sejam acreditadas para atender as garantias explícitas definidas em legislação, que são procedimentos a que todos os usuários do sistema de saúde têm direito de cobertura, sejam eles filiados ao seguro público – *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), seja a seguradoras privadas – *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRES). Para tanto, foi elaborado, por meio da *Superintendencia de Salud*, um manual de acreditação de prestadores de serviços de saúde⁸.

Os antecedentes da acreditação de serviços de saúde no Brasil remetem a iniciativas da Organização Pan-Americana de Saúde que, em 1989, passa a considerar estratégico o tema da qualidade dos serviços de saúde na América Latina, estabelecendo no ano seguinte com a Federação Latino Americana de Hospitais um convênio para elaborar um “Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina”⁹. Em 1995, é criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS)⁽⁴⁾. Em 1997, o Ministério da Saúde através do Projeto “Reforço à Reorganização do SUS” (REFORSUS), com financiamento do Banco Mundial, inicia o projeto chamado “Acreditação Hospitalar” e, nesse mesmo ano, é criado o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). No ano seguinte, o Programa Brasileiro de Acreditação é oficialmente lançado. Em 1999, é constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), outra entidade que faz parte do programa⁵. O CBA desenvolve a metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvida pela JCAHO, tendo, desde 2000, um acordo de acreditação internacional conjunta com essa organização que, também, treina os acreditadores. No caso da ONA, existem pessoas jurídicas específicas, reconhecidas pela ONA, que desenvolvem o

processo de acreditação em si. A Organização Prestadora de Serviços Saúde é que manifesta o interesse pela avaliação, diretamente a uma das Instituições Acreditadoras Credenciadas. Ambas, CBA e ONA são organizações privadas, sem fins lucrativos¹⁰.

Em síntese, com relação aos pressupostos básicos da acreditação, há uma concordância em todos os casos de que se trata de processo de garantia de qualidade voluntário. No entanto, percebem-se, em alguns casos, induções governamentais e por parte dos compradores coletivos de planos privados de saúde para que as empresas passem pela acreditação. Vale ressaltar também que a acreditação é conduzida geralmente por organizações privadas sem fins lucrativos. Em alguns países há monopólio da organização acreditadora. Isso coincide com um maior protagonismo do Ministério da Saúde na indução do processo, como se vê na Colômbia, no projeto australiano (Comissão para a Acreditação) e também no Canadá (*Canadian Council on Health Services* constituído com apoio governamental).

A ACREDITAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS

A ideologia liberal presente nos EUA se traduz em uma expressiva participação do mercado na área social. As coberturas de risco a saúde da maioria da população norte-americana são de responsabilidade dos empregadores, através de planos coletivos. Dado que a maior parte dos serviços de saúde é privada, existe uma grande variação de modelos assistenciais e tipos de organizações, o que se reflete em especificidades dos programas de garantia de qualidade nesse país. Importa ressaltar que tanto os planos de saúde privados quanto o Medicare⁽⁵⁾ e o Medicaid⁽⁶⁾ utilizam padrões de acreditação na busca por garantia de qualidade e segurança da atenção à saúde.

A seguir, procurar-se-á descrever o funcionamento do processo de acreditação de planos de saúde empreendido pelo NCQA, principal organização acreditadora desse país.

Os programas desenvolvidos pelo NCQA são: Acreditação, Certificação e Reconhecimento.

⁽⁴⁾ Disponível em <http://www.ona.org.br>. Acessado em 23/05/2008.

⁽⁵⁾ O Medicare obriga todos os planos a apresentarem um relatório com o mesmo conteúdo das medidas do HEDIS. O Centro de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) garantiu que o NCQA concedesse autorização para os programas *Medicare Advantage* (MA) e *Medicare's Managed Care Program*. Essa autorização permite que o NCQA promova a revisão de organizações MA em nome do CMS, evitando um plano de fiscalização redundante (NCQA, 2002).

⁽⁶⁾ No caso do Medicaid, por meio de uma regulação federal (438,360 CFR), em lugar de uma revisão própria ou por meio de Organizações Externas de Revisão de Qualidade (EQRO), os estados podem usar as informações obtidas a partir de uma organização nacional acreditadora para o cumprimento obrigatório das atividades de revisão externa de qualidade. As atividades do NCQA podem ser utilizadas para demonstrar o cumprimento dessas exigências federais que as EQRO devem validar (CFR 438.358 (b)) (NCQA, 2002).

Especificamente a acreditação é considerada como um processo de avaliação rigorosa e abrangente através da qual o NCQA analisa a qualidade dos sistemas e processos-chave que definirão as organizações de saúde⁽⁷⁾. Os planos de saúde são avaliados em três dimensões:

- acesso aos serviços: acesso dos beneficiários de plano de saúde aos cuidados e serviços de que necessitam. Resolução de injustiças de forma rápida;
- prestadores qualificados: verificação das credenciais de todos os seus médicos, hospitais e outros prestadores;
- manutenção da saúde: assistência na manutenção da saúde e prevenção de doenças.

Os padrões adotados pelo NCQA foram desenvolvidos em comum acordo com os atores (*players*) sociais envolvidos: entidades patronais, sindicatos, planos de saúde e consumidores. A metodologia utilizada é baseada no *Health Plan Employer Data and Information Set* (HEDIS) responsável por estabelecer especificações padronizadas e implementar normas e diretrizes relativas ao desempenho clínico, utilização de procedimentos e satisfação do consumidor com o plano de saúde (avaliada através do *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* – CAHPS®). Para garantir que o HEDIS permaneça atual, o NCQA estabelece um processo de aprimoramento, responsável por avaliar a cada ano as medições estabelecidas. Para tanto, a Comissão para a Medição de Desempenho do NCQA¹¹ debate e decide coletivamente sobre o conteúdo do HEDIS. Esse grupo determina quais as medidas HEDIS serão incluídas e determina os testes e o modo como serão medidas. O desenvolvimento de uma medida é um processo de múltiplas etapas que envolvem a identificação da área clínica para avaliar; realiza uma ampla revisão da literatura; desenvolve a medida adequada; analisa-a com várias partes interessadas e realiza um teste de campo que analisa a viabilidade, fidelidade e validade. Um conceito central de um processo para um gerenciamento de medidas padronizadas é que cada medida tem um ciclo de vida. Este ciclo é composto por sete etapas abaixo descritas.

- Etapa 1. Seleção: uma vez que os tópicos são identificados, uma revisão da literatura é conduzida para encontrar documentação de apoio sobre a importância, solidez e viabilidade científica do tópico (atributos desejáveis do HEDIS).

- Etapa 2. Desenvolvimento: as medidas deverão ser totalmente definidas e testadas antes do plano de saúde coletá-las. Com base nos resultados, nos testes de campo e nas especificações da proposta final, é determinado se a medida irá avançar para a fase seguinte.
- Etapa 3. Consulta pública: as novas medidas ou alterações das medidas existentes são colocadas diante de consulta públicas. A consulta pública dura 30 dias. São revistas todas as consultas antes de se fazer uma recomendação final sobre as medidas.
- Etapa 4. Primeiro ano: as organizações irão coletar, serem auditadas e apresentar um relatório sobre o primeiro ano de medidas, mas os resultados não serão relatados publicamente para os diversos organismos nesse primeiro ano. Isso permite que os problemas sejam sanados antes de os resultados estarem válidos.
- Etapa 5. Informação: com base nos resultados do primeiro ano de medidas, é decidido se a medida está pronta para a informação pública. Se for aprovada, a medida é incluída no próximo ano.
- Etapa 6. Avaliação: a equipe do NCQA monitora continuamente o desempenho das medidas que são relatados publicamente. A análise estatística, análise de resultados de auditoria e os comentários dos usuários contribuem para a avaliação. As informações obtidas a partir da análise do desempenho das medidas existentes são usadas para melhorar o desenvolvimento da próxima geração de medidas. Cada medida é reavaliada pelo menos de três em três anos.
- Etapa 7. Retirada: durante a reavaliação, se for evidente que uma medida já não agrega valor proporcional ao custo da coleta dos dados e à elaboração de relatórios, ela pode ser retirada.

O HEDIS na sua versão de 2003¹¹, objeto desta análise, contém 52 indicadores agrupados em 8 domínios de cuidado. A cada ano, o NCQA especifica uma lista de indicadores elegíveis para registro por até dois anos (Quadro 1).

Os indicadores são coletados e registrados de forma separada para populações cobertas por seguros privados, Medicare e Medicaid. Há 3 metodologias de coleta dos dados: metodologia administrativa, na qual a população alvo

⁽⁷⁾ Disponível em <http://www.ncqa.org/tabid/66/Default.aspx>. Acessado em 10/03/2008.

Quadro 1. Domínios e indicadores do *Health Plan Employer Data and Information Set*.

Domínios	Nº indicadores
Efetividade do cuidado	17
Acesso e disponibilidade do cuidado	5
Satisfação com a experiência do cuidado	É coletado através de metodologia de inquérito. Quatro vertentes refletem a satisfação global: avaliação de todo o cuidado em saúde; avaliação do Plano de Saúde; avaliação do médico pessoal e avaliação do especialista mais frequentemente consultado.
Estabilidade do Plano de Saúde	2
Uso de serviços	17
Custo do cuidado	Sem indicadores desenvolvidos até 2003
Escolhas informadas do cuidado de saúde	1 (Controle da menopausa)
Informação descritiva sobre o Plano de Saúde	7

Fonte: NCQA¹¹; elaboração própria.

é a mesma do denominador e que utiliza dados secundários (administrativos, banco de dados, contas); a metodologia híbrida, na qual o denominador corresponde a uma amostra sistemática (o maior tamanho de amostra previsto é de 411 pessoas) extraída da população alvo, fazendo uso de dados administrativos e de prontuários; e os inquéritos.

O Domínio “Efetividade do Cuidado” é o mais complexo no que se refere à construção dos indicadores, seja pela identificação das pessoas que compõem o numerador e o denominador, seja pelos inúmeros balizamentos que condicionam os conceitos de cada variável. Dos 17 indicadores constantes nesse Domínio, 10 são referentes a ações de controle, entre esses, “Controle de Colesterol após Eventos Cardiovasculares Agudos” e 6 a ações de prevenção, como “Assistência Médica para Interrupção do Hábito de Fumar”.

O Domínio “Uso de Serviços” apresenta como frequência de procedimentos, tempo médio de permanência, concentração de consultas, embora com extensas e detalhadas definições de variáveis.

O Domínio “Informação descritiva sobre o Plano de Saúde” consolida informações descritivas sobre o Plano de Saúde como: percentuais de inscrição total, percentual do total de membros mês por cada tipo de seguro saúde (privado, Medicare e Medicaid), por gênero e idade; e

inscrição por tipo de seguro saúde, total de inscritos por cada tipo de seguro saúde (privado, Medicare e Medicaid), por gênero e idade.

Em 2008, houve algumas mudanças importantes como⁽⁸⁾:

- a exigência de que todos os planos exportem relatórios sobre a qualidade dos cuidados de saúde através do HEDIS[®] e CAHPS[®], incluindo programas de gestão de doença, de bem-estar e de gerenciamento de casos complexos;
- estabelecimento de requisitos comuns para todos os planos, permitindo que consumidores, empregadores e compradores comparem o desempenho entre todos os tipos de plano;
- acréscimo de novas medidas HEDIS de “Efetividade do cuidado” na pontuação da acreditação, aumentando seu peso para cerca de 40% da pontuação para todos os planos de saúde.

O cumprimento do HEDIS faz parte do processo de aplicação da acreditação; no entanto, operadoras que não almejam a acreditação podem se submeter apenas ao HEDIS.

O processo de acreditação realizado pelo NCQA utiliza equipes de inquérito e peritos em gestão dos cuidados médicos. O Comitê de Revisão e Supervisão (ROC), uma comissão nacional de supervisão de médicos, analisa os resultados das equipes e atribui um *status* de acreditação baseado num plano do cumprimento das normas do NCQA. Além disso, analisa o desempenho de um plano de saúde em relação aos outros planos, de acordo com as medidas de desempenho HEDIS selecionadas⁽⁹⁾.

Quanto à capacitação e treinamento para a acreditação, o NCQA desenvolve programas presenciais e *on-line* para empresas e profissionais visando capacitar as organizações para atingir os padrões existentes⁽¹⁰⁾.

As avaliações dos planos de saúde podem alcançar os seguintes níveis de acreditação conforme o seu desempenho⁽¹¹⁾:

- Excelente: os resultados do HEDIS são elevados, com programas de serviços de qualidade que satisfazem ou excedem requisitos rigorosos;

⁽⁸⁾ Disponível em: <http://www.ncqa.org/tabid/697/Default.aspx>. Acessado em 31/07/2008.

⁽⁹⁾ Disponível em: <http://www.ncqa.org/tabid/689/Default.aspx>. Acessado em 02/04/2008.

⁽¹⁰⁾ Disponível em <http://www.ncqa.org/tabid/63/Default.aspx>. Acessado em 02/04/2008.

⁽¹¹⁾ Disponível em: <http://www.ncqa.org/tabid/690/Default.aspx>. Acessado em 05/04/2008.

- Recomendável: organizações com programas bem estabelecidos para a qualidade dos serviços e que atendem requisitos rigorosos;
- Acreditado: cumprimento da maioria dos requisitos básicos do NCQA, porém as organizações deverão adotar medidas para alcançar um *status* mais elevado de acreditação;
- Acreditado provisoriamente: nem todos os requisitos básicos do NCQA foram cumpridos. As organizações deverão adotar medidas significativas para alcançar um *status* mais elevado de acreditação;
- Negado: organizações que não cumpriram as exigências do NCQA.

A ACREDITAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NA COLÔMBIA

Na Colômbia, a reforma do sistema de saúde de 1993, introduziu a estratégia de gerenciamento competitivo (*managed competition*) tanto dos fundos públicos destinados à saúde, o que antes era monopólio do Estado, como dos prestadores de serviços de saúde, viabilizado pela separação da função do financiamento da prestação de serviços, dando autonomia administrativa aos hospitais e liberando o Ministério da Saúde de funções administrativas. No modelo proposto pela Lei nº 100 de 1993, um dos marcos legais da reforma, se estabeleceu a obrigatoriedade do seguro; a existência de um fundo único para todos os recursos (fundo de solidariedade e garantia – FSG); o pagamento dos segurados *per capita* ajustado por riscos (exigência de um plano mínimo de benefícios – Plano Obrigatório de Saúde – POS) e possibilidades reguladas de troca entre os planos. O sistema é financiado por três regimes: contributivo (RC), que estimava cobrir, no ano de 2001, 70% da população; seguridade social (RS) com subsídios de origem fiscal e solidariedade parafiscal, que estimava cobrir 30% da população e trabalhadores independentes nesse mesmo ano.

As empresas têm por obrigação oferecer, aos trabalhadores e seus familiares, afiliação a uma POS. Por sua vez são os próprios trabalhadores que escolhem a empresa com a qual querem afiliar-se utilizando entidades chamadas de Entidades Promotoras de Saúde (EPS), encarregadas de assegurar a cobertura dos serviços de saúde para a população.

As EPS são as empresas responsáveis pela venda de seguros para instituições e pela realização de contratos com provedores de serviços de saúde. As EPS não

prestam serviços de atendimento de saúde. Tais empresas contratam Instituições Prestadoras de Saúde (IPS) – clínicas, hospitais, centros de diagnóstico, etc – encarregadas do atendimento aos pacientes. Entre as EPS se encontram entidades privadas e públicas (Instituto de Seguro Social – ISS).

Criou-se, ainda, um Sistema Único de Acreditação, voluntário, confidencial (há necessidade de autorização prévia para publicar o resultado) e gradativo e uma entidade acreditadora única, selecionada pelo Ministério da Saúde – Instituto Colombiano de Normas Técnicas e Certificação (ICONTEC).

Os padrões de acreditação de empresas de planos de saúde foram definidos por meio da Resolução nº 1445, de 2006 do Ministério da Proteção Social, que traz como anexo o “Manual de padrões de acreditação para entidades administradoras de planos de saúde”¹².

Apesar de estar proposto como um sistema único de acreditação, algumas particularidades diferenciam as instituições que compõe o sistema colombiano. Por esse motivo, existem referências explícitas no manual quando um padrão não pode ser aplicado a uma determinada instituição.

Para cada padrão mencionado, existe um processo de melhoria contínua. Esse processo, que parte desde o planejamento, monitoramento, identificação de prioridades e realizações com a correspondente avaliação de resultados e sua comunicação faz parte integral dos objetivos centrais do Sistema Único de Acreditação.

Os processos objeto da avaliação são:

- A) Afiliação e garantias de direitos: são analisados três grandes tópicos: a “informação” que a instituição fornece ao beneficiário como pilar fundamental para sua tomada de decisões, as “atividades de registro e afiliação” dos beneficiários com base na informação dada pelas instituições e a “arrecadação”, onde é importante que a organização descreva quais são as atividades de educação ao empregador e ao corretor para identificar e corrigir os riscos potenciais de uma não atenção ao cliente devido a um inadequado cálculo da mensalidade em relação ao tipo de plano desejado;
- B) Planejamento do atendimento: esse planejamento é realizado de acordo com as informações dos beneficiários e gera: identificação dos grupos de risco, perfil destes grupos, identificação e planejamento de atividades de educação, promoção e prevenção;

- C) Rede de serviços: A instituição deve formar uma rede de serviços suficiente e idônea garantindo qualidade e facilidade de acesso, para isso deve contar com processo de seleção que avalie as condições técnicas dos profissionais que inscreve e as características pessoais que se adaptem às políticas da organização. Além disso, deve levar a cabo processos de indução, capacitação e monitoramento da qualidade do serviço prestada por esta rede e realizar as correções necessárias;
- D) Contato do beneficiário com os prestadores: o gerenciamento da utilização implica contar com um sistema de autorização de serviços apoiado em informação, que sem limitar o acesso, garanta sua racionalidade e efetividade. Dada a complexidade das variáveis existentes no processo de autorizações, o perfil de treinamento dos funcionários que autorizam os serviços deve garantir a capacidade de análise, solução de problemas e atitude de serviço de forma que o usuário compreenda claramente as razões de uma negativa de atendimento ou uma autorização parcial. Além disso, são avaliadas a “solicitação de serviços e garantias de direitos”, o “controle do contato do usuário com os prestadores”, a “auditoria” e a “integralidade da atenção”;
- E) Ações permanentes no tempo: os objetivos dessas ações são garantir eficiência e eficácia no que se refere ao controle de risco de adoecimento, ao acesso aos serviços de saúde e na administração de processos educativos e preventivos para a melhoria das condições de saúde dos usuários. Avalia-se a “Direção”, capacidade da organização de realizar o processo de planejamento estratégico voltado para o melhoramento

contínuo das atividades realizadas; aprimoramento das equipes envolvidas; êxito na implementação de políticas e no cumprimento de objetivos definidos, segundo a visão, a missão e os valores da organização. Avalia-se a “Gerência”, os “Recursos humanos”, o “Sistema de informação” e o “Ambiente físico”.

O programa de acreditação define quatro estados:

- Acreditado com excelência;
- Acreditado;
- Acreditação condicionada;
- Não acreditado.

Um resumo das dimensões avaliadas pelo programa de acreditação colombiano *vis-à-vis* o programa do NCQA encontra-se nos Quadros 2 e 3. Percebe-se que, ao contrário dos EUA, o programa colombiano se atém somente a dimensão processo, não avaliando os resultados dos cuidados de saúde.

Quadro 3. Comparativo de resultados avaliados nos programas de acreditação da Colômbia e Estados Unidos.

Objeto da avaliação/resultados	Colômbia	EUA
Efetividade do cuidado com a saúde		X
Acesso e disponibilidade do cuidado com a saúde		X
Satisfação com a experiência de cuidados com a saúde		X
Estabilidade do plano de saúde		X
Oferta de serviços de saúde		X
Custo do cuidado da saúde		X
Seleção informada sobre opções de tratamento		X
Informação descritiva do plano de saúde		X

Fonte: NCQA¹¹; elaboração própria.

Quadro 2. Comparativo de processos avaliados nos programas de acreditação da Colômbia e Estados Unidos.

Objeto da avaliação/processos	Colômbia	EUA
Informações aos beneficiários/Direitos dos pacientes	X	X
Existência de processos de melhoria contínua da qualidade	X	X
Planejamento da atenção/Existência de programas de gestão de casos complexos, de doenças	X	X
Dimensionamento da rede de serviços de saúde	X	X
Existência de processos de avaliação da satisfação dos beneficiários	X	X
Relações dos clientes com os prestadores	X	
Ações permanentes objetivando garantir eficiência e eficácia no que tange ao controle de risco do adoecimento, ao acesso aos serviços de saúde e à administração de processos educativos e preventivos para a melhoria das condições de saúde dos usuários	X	X
Existência de diretrizes clínicas		X
Continuidade da atenção		X
Normas para informação clínica		X
Gestão da utilização		X
Políticas de credenciamento e recredenciamento	X	X
Normas para relações com os pacientes		X

Fonte: NCQA¹¹; elaboração própria.

COMENTÁRIOS FINAIS

A discussão do papel da acreditação de planos de saúde a ser desempenhado no Brasil começa pela identificação das especificidades do modelo de saúde do país. Nos EUA, por ser amplamente baseado das obrigações dos empresários de fornecer coberturas de saúde, de acordo com o porte da empresa, contando menos com o Estado, seja na abrangência da população elegível para o seguro social, seja por se assentar especialmente em prestadores privados de serviços de saúde, o Estado tem um papel indireto quanto à garantia da qualidade. Ganham destaque, portanto, instituições da sociedade civil e o escopo da análise envolve, necessariamente, tanto medidas de resultado quanto a atenção à saúde. No Brasil, ao contrário, as operadoras de planos de saúde ofertam coberturas suplementares àquelas obrigatoriamente fornecidas pelo Estado. A responsabilidade por resultados, em última análise, é do Estado que conta com processos de avaliação historicamente enraizados entre as suas atribuições. Com exceção de algumas modalidades assistenciais (como a autogestão), há grande rotatividade de carteiras e instabilidade de coberturas, que faz com que a responsabilidade de uma empresa específica por resultados, especialmente àqueles dependentes de atividades de saúde continuadas, seja dificultada.

É importante, ainda, considerar que a avaliação de resultados através de indicadores de efetividade, como a experiência do HEDIS demonstra, não é um processo fácil e nem barato. A metodologia do HEDIS lança mão de inquéritos e análise de prontuários, não sendo possível apenas utilizar dados administrativos rotineiramente coletados pelos sistemas de informação. A coleta e o cálculo da maioria dos indicadores são bastante complexos, demandando um sistema de informações ágil e completo, bem como uma equipe treinada para a identificação nos prontuários dos eventos a serem analisados.

Menos do que atribuição única pode-se ter como imagem-objetivo real a existência de uma parceria mais estreita das operadoras com os órgãos de Estado no alcance de resultados em termos de saúde, onde o cuidado exerça um papel importante, considerando os determinantes mais amplos do estado de saúde das populações. O Ministério da Saúde incluiu no MAIS SAÚDE¹³ a prioridade de implantação da acreditação de operadoras, cabendo à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelecer

as diretrizes e critérios para atividades de avaliação que será voluntária e renovada a cada dois anos. A avaliação será feita por entidades privadas autorizadas pela ANS e possivelmente pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO).

Por outro lado, os prestadores de serviços de saúde são responsáveis por uma parcela significativa da qualidade do cuidado, sendo que existem processos já consolidados de avaliação que se dão na unidade de análise “profissional” ou “estabelecimento de saúde”, onde efetivamente ocorrem as interações com os pacientes. Além disso, modelos mais intervencionistas de cuidados gerenciados têm sido questionados nos EUA e têm apresentado, no Brasil, uma resistência dos médicos em serem implementados.

Há dimensões essenciais do funcionamento dos planos de saúde onde o processo de acreditação por observância a padrões que evidenciem qualidade pode ser bastante útil na promoção da qualidade em saúde, ao lado e em sinergia com as demais iniciativas em prol da qualificação já existentes, como o Programa de qualificação da saúde suplementar^{13,14} e os programas de acreditação de serviços de saúde já existentes no Brasil. Entre esses padrões estão vários já identificados nas experiências aqui apresentadas: a colombiana e a estados unidense, por meio do NCQA. Entre eles estão a comercialização, os mecanismos de regulação, a continuidade, a confidencialidade, a informação, entre outros. Por outro lado, o processo de acreditação induz um maior envolvimento do conjunto das lideranças e profissionais das organizações, o que promove mudanças organizacionais que, em geral, são consideradas positivas pelos que passam por esse processo.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as preciosas colaborações de Andrea Lozer, Bruno Catroli, Carla Godoy, Danielle Mattos, Fernando Gomes, Maristela Bernardi, Rosemary Pereira, Tatiana Neves, Telma Ruth Pereira e Tereza Pasinato.

DECLARAÇÃO

Hésio Cordeiro realizou a revisão do conceito de acreditação e qualidade em saúde e fez a revisão da versão final. Alexandre Nordskog e Roberto Bezerra participaram nas fases de elaboração e revisão final. Maria de Fátima S. de Andreazzi participou de todas as fases e fez a redação da versão final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Feldman LB, Gatto MA, Cunha IC. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enf.* 2005;18(2):213-9.
2. Rooney AL, Ozstenberg PRV. Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde. *Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade.* Washington, DC: USAID; 1999.
3. Carâp LJ, Crepaldi R, Navarro A. Proposta de modelo de acreditação para operadoras privadas de planos de saúde. *Rev Adm Pública.* 2003;37(2):285-312.
4. Escrivão Jr. A, Koyama MF. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(4):903-14.
5. Malik AM, Schiesari LMC. Saúde e cidadania [cited 2010 Jul 12]. Available from: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/index.html
6. Koyama MF. Auditoria e qualidade dos planos de saúde: percepções de gestores de operadoras da cidade de São Paulo a respeito do programa de qualificação da saúde suplementar da ANS [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2006.
7. Department of Health and Ageing, Australia. Response to submissions received on the exposure draft of the Private Health Insurance (Accreditation) [cited 2008 May 20]. Available from: <http://www.health.gov.au/>
8. Chile. Ministerio De Salud. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual de acreditación de prestadores institucionales. Establecimientos de atención abierta. Documento Preliminar. Santiago, Chile; 2007.
9. Novaes HM, Paganini JM. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais. Washington (DC): Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/HSS/ 94.05); 1994.
10. Brasil Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica.* 2004;38(2):335-6.
11. National Committee for Quality Assurance. NCQA Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS). Washington, DC; 2002.
12. Colômbia. Resolución no. 001446 de 8 de Mayo de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad e se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D.C. *Diário Oficial [da República de Colômbia].* 46271 de mayo 17 de 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. In: *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011.* 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
14. Brasil (Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS). *Qualificação da Saúde Suplementar. Nova perspectiva no processo de regulação.* Rio de Janeiro, 2009 [cited 2009 Mar 4]. Available from: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf



Exija qualidade na saúde



Índice Remissivo

Índice do Volume 53 - 2011

ASSUNTOS

A	
Acesso a medicamentos	67
Acreditação	45, 103, 143, 233
Acreditação hospitalar	157
Administração de recursos humanos em saúde	181
Administração de serviços de saúde	45
Administração em saúde	23
Administração hospitalar	7, 39, 77, 103, 151, 157, 173
Alcoolismo	225
Assistência farmacêutica	67
Atenção primária à saúde	67, 165
Auditoria	95
Avaliação	233
Avaliação de desempenho	7
Avaliação de serviços de saúde	157
Avaliação em enfermagem	151, 219
Avaliação em saúde	7
C	
Cesária	124
Competência profissional	85
Condições de trabalho	219
Contabilidade de custo	188
Controle de qualidade	39, 143
Controle de risco	31
Corpo clínico	77
E	
Educação	225
Equipe interdisciplinar de saúde	95
F	
Fatores de risco	225
Financiamento em saúde	135
Fisioterapia	95
G	
Garantia da qualidade	143
Gerenciamento de risco	199
Gerenciamento de segurança	23, 31
Gestão clínica	77
Gestão da qualidade	45
Gestão de custos	188
Gestão de qualidade	173, 233
Gestão de qualidade total	207
Gestão em saúde	7, 31, 39, 45, 53, 103, 165, 181, 207, 213, 219
Gestão hospitalar	188
H	
Hipertensão	165
Hospitais públicos	219
I	
Indicadores	173, 199
Indicadores de qualidade em assistência à saúde	207
Informação	53
Interesse público	213
Internação domiciliar	85
M	
Manutenção preventiva	23
Marketing	181
Marketing de serviços de saúde	181
Medicamentos essenciais	67
O	
Obstetrícia	124
Orçamentos	135
Ordens de serviço	23
Organização e administração	173
P	
Parto normal	124
Parto obstétrico	124
Planos privados de saúde	233
Profissionais de saúde	85
Programa de saúde da família	165
Q	
Qualidade	199
R	
Qualidade da assistência à saúde	31, 53, 157, 219
Qualidade hospitalar	103
Qualidade total	39
S	
Recursos humanos	77
Redução de custos	39
Registros médicos	53
Responsabilidade pela informação	53
S	
Satisfação do paciente	117
Satisfação dos consumidores	117
Saúde	199
Saúde pública	135, 225
Segurança do paciente	199
Serviço hospitalar de enfermagem	143, 151
Serviço hospitalar de nutrição	188
Serviços de saúde	117
Sistema de saúde nacional	135
Sistema único de saúde	188
Sistemas de saúde	95
Sustentabilidade	213
T	
Tabagismo	225
U	
Usuário	85
V	
Vida Privada	213

AUTORES

A	
Aguiar LK	181
Aleluia IRS	95
Alencar IR	39
Andrade ACI	181
Andreazzi MFS	233
Angelo MLB	157, 207
Anjos MFD	219
B	
Barbosa PMK	53
Barros FR	199
Bezerra RJAC	233
Biolini DV	60
Bispo CC	225
Bomfim IMTO	173
Bomfim RA	85
Bomfim VO	173
Brentani A	67
Brito MJ	181
Brizola JB	7
Burmester H	103
C	
Caetano JCR	213
Camargo RAC	23
Campos M	199
Carreiro CR	67
Carvalho MA	95
Castanho WQS	188
Cavassini ACM	124
Céo PT	181
D	
Cordeiro HA	233
Cordoni Junior L	7
Costa RMD	135
Curado H	213
D	
D'Innocenzo M	45
Demarchi TM	207
Duarte IG	103
F	
Fagundes ACG	117
Felicíssimo Á	165
Figueiredo ML	45
Françolin L	23
G	
Gaban AC	225
Garbin AJL	117
Garbin CAS	117
Garrido I	225
Gil CRR	7
H	
Hinrichsen PEG	199
Hinrichsen SL	199
K	
Kron MR	124
L	
Lana LD	143
Lavich CRP	143
Leite TMC	151
Lello CPD	23
Licco AL	225
M	
Machado AS	39
Malik AM	60
Marques JAM	117
Martins ÁKL	39
Moura LGF	95
N	
Nazário CAS	188
Nordskog AG	233
O	
Oliveira CLF	199
Olivo VMF	143
P	
Paim CRP	135
Pereira LL	219
Portela OT	143
Possas L	199
Q	
Quinto Neto A	31
R	
Ramos LR	165
Ramos MCA	67
Ribeiro SA	165
Rossatto AR	23
S	
Sabino G	199
Sales PRS	53
Salvi JA	53
Santos CAD	23
Santos EC	173
Santos FC	95
Santos IN	95
Santos JG	117
Santos RRD	117
Scárdua SMF	77
Schmidt AS	143
Silva EM	151
Silva FAT	124
Silva HCRAF	213
Silva LCP	53
Silva MAPD	151
Soares FV	53
Solís MP	225
Souza PC	188
Stancato K	225
T	
Tavares SCP	219
V	
Vecina Neto G	60
Vergílio MSTG	151
Vieira FS	135
Vilella TAS	199
Y	
Yashiro SM	165
Z	
Zanatta CL	67
Zucchi P	135