

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Revista do Hospital Universitário/UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Natalino Salgado Filho
Reitor

Antonio José Silva Oliveira
Vice-Reitor

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro
Presidente do Conselho de Administração

Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento
Diretora Geral

Nair Portela Silva Coutinho
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

Marília Cristine Valente Viana
Diretora Adjunta de Administração e Finanças

Marina do Nascimento Sousa
Diretora Adjunta de Planejamento

Zeni de Carvalho Lamy
Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais

Redação e Administração da Revista

Hospital Universitário/UFMA
Rua Barão de Itapary, 227 - Centro
São Luís - Maranhão - CEP: 65020-070
Telefone: (98) 2109-1242
Email: revista@huufma.br

REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Editora Científica

Arlene de Jesus Mendes Caldas

Editores Associados

Adalgisa de Souza Paiva Ferreira - UFMA
Alcione Miranda dos Santos - UFMA
Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA
Manuel Santos Faria - UFMA
Natalino Salgado Filho - UFMA

Conselho Editorial

Alcimar Nunes Pinheiro - UFMA
Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ
Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA
Antonio Rafael da Silva - UFMA
Elba Gomide Mochel - UFMA
Feliciano Santos Pinheiro - UFMA
Fernando Antonio Guimarães Ramos - UFMA
Fernando Lamy Filho - UFMA
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ
José Wanderley Vasconcelos - UFMA
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA
Manoel Santos Faria - UFMA
Marília da Glória Martins - UFMA
Orlando Jorge Martins Torres - UFMA
Raimundo Antonio da Silva - UFMA
Sirliane Sousa Paiva - UFMA
Zeni de Carvalho Lamy - HUUFMA

Secretária

Ana Luzia de Sá Magalhães
(Bibliotecária)

Editoração Eletrônica

João Lindoso Farias Neto

Tiragem

500 exemplares

Revista do Hospital Universitário / UFMA, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.1, n.1, 1995- São Luís, 1995.

v. 9, n. 1, 2008

Semestral.

(ISSN – 1677-4647)

I. Ciências da Saúde – periódicos. I. Universidade Federal do Maranhão II. Hospital Universitário.

CDU: 61(05)

Editorial

Auditoria nos serviços de saúde: atividade fundamental para garantia da qualidade da atenção.....	7
--	----------

Artigos / Articles

Avaliação dos registros dos prontuários dos pacientes que realizaram hemodiálise na clínica de nefrologia de um Hospital Universitário em São Luís, Maranhão. Ana Paola Novaga, Leyla Adriana Guimarães Santos, Marilda Moura Fé, Siane Rocha Almeida, Nair Portela Silva Coutinho.....	9
--	----------

Avaliação de recursos disponíveis no serviço de tratamento intensivo de um Hospital Universitário. Christiane Brito Pinheiro Soares, Marlúcia da Silva Machado, Perla Coimbra Malheiros, Dorlene Maria Cardoso de Aquino.....	13
--	-----------

Estudo comparativo entre os gastos com o rastreamento e o tratamento quimioterápico do câncer de mama feminino. Rizza Mesquita Sousa, Keila Cristine C. Amorim, José Luis do C. Soeiro, José Marcio Soares Leite	18
---	-----------

Ouvidoria hospitalar: manifestação de usuários de um Hospital Universitário. Célia Maria de Moura Kurz, Marivone de Jesus Almeida, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa, Silvia Maria Lima da Silva, Nair Portela Silva Coutinho	24
--	-----------

Sistema de gestão da qualidade do serviço de farmácia hospitalar: um desafio na gestão pública. Alessandra Enes Rocha, Marineide Sodré Rodrigues, Syleide Braga da Silva, Zuleide Andrade Oliveira, Dorlene Maria Cardoso de Aquino	30
--	-----------

Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde em unidades mistas do município de São Luís-Ma. Allan Serra, João Pereira Castro, Maria Creusa Batista de Sousa, Maria de Lourdes Hiluy Ribeiro, Alcione Miranda dos Santos	35
---	-----------

A importância da auditoria dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde na esfera municipal na visão do auditor. Adriana da Silva Duarte, Lisandra Maria Martins Fernandes, Arlene de Jesus Mendes Caldas	40
---	-----------

Glosas hospitalares: estudo comparativo realizado antes e depois da implantação dos serviços de auditoria de contas médicas. Cláudio Lurine Guimarães, José Batista de Holanda, Josenice Ribeiro Souza Moraes, Arlene de Jesus Mendes Caldas	46
---	-----------

Suspensão de cirurgias programadas em um hospital universitário: causas e implicações na dinâmica da instituição. Ernestina Duarte Guará, Euzimar Martiniana Ferreira Damasceno, Marília Cristine Valente Viana, Nair Portela da Siva Coutinho	52
---	-----------

Normas Redatoriais / Notes to Contributors

Auditoria nos serviços de saúde: atividade fundamental para garantia da qualidade da atenção.

O conceito de auditoria foi proposto por Lambeck em 1956 tendo como premissa a "avaliação da atenção com base na observação direta, no registro e história clínica do cliente". O controle e avaliação pela auditoria, em âmbito nacional, são iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.069, de 19/08/1999. Segundo o Ministério da Defesa, o auditor precisa, primordialmente, de independência em relação ao objeto auditado, a fim de coletar dados consistentes e produzir análises imparciais para a consecução de pareceres objetivos e confiáveis.

Considerando o grau de importância que representa o trabalho da auditoria na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, bem como a necessidade de promover a qualificação de profissionais para tão relevante atividade, é que o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão promoveu o Curso de Especialização em Auditoria de Serviços de Saúde, estando atualmente em sua segunda turma. E, como tarefa da disciplina Bioética, para a primeira turma, o grupo traçou o perfil do auditor, ficando a consolidação dos dados sob a responsabilidade de uma das equipes.

O resultado é que para atender aos requisitos de um auditor ou de uma auditora, que com seu trabalho, contribua, efetivamente, com a qualidade da atenção à saúde, é necessário que esse profissional tenha: **capacidade técnica** ou seja, conheça em profundidade as normas e procedimentos atinentes ao serviço e/ou setor a ser auditado; **bom senso**, para distinguir o que é significativo do que é secundário, o que pressupõe discernimento e ponderação, a fim de que sejam evitadas conclusões apressadas e carentes de fatos concretos; **tato**, capacidade de evitar situações embaraçosas e de manter um clima de mútuo respeito, no que cabe a formulação de perguntas do auditado de forma educada e sem exigências descabidas; **discrição**, no que tange a necessidade de restrição de comentários e observações a quem de direito, isto é, os dados coletados e observações formuladas devem ser destinados àquele que, pelo exercício do cargo ou função, tenha a necessidade de conhecê-los; **expressão escrita e verbal**, por ser de fundamental importância que o auditor saiba se comunicar de forma clara, concisa e correta, pois uma apresentação inadequada pode pôr a perder um excelente trabalho de auditoria; **imparcialidade**, pois todo o trabalho deve ser realizado com muita seriedade sem favorecimento de outrem.

Outras características podem compor esse perfil, tais como sobriedade, firmeza nas opiniões, sabedoria em observar, ouvir e falar, e ética em suas atitudes. Convém ressaltar que imprudência, imperícia e negligência não se coadunam com o papel do auditor.

Auditar é acima de tudo apurar responsabilidades e exercer a auditoria trata-se de compromisso profissional com a saúde e a vida das pessoas.

Os artigos que compõem este número são resultantes das pesquisas efetuadas nos serviços de saúde e que trazem contribuições para reflexões, debates, avaliação, planejamento e tomada de medidas que favoreçam a qualidade da assistência em saúde. Afinal os dados foram colhidos com os olhos, as mãos e alma, de auditores cômicos de sua responsabilidade individual e coletiva.

Nair Portela Silva Coutinho
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Avaliação dos registros dos prontuários dos pacientes que realizaram hemodiálise na clínica de nefrologia de um Hospital Universitário em São Luís, Maranhão

Appraise of medical record of patients in treatment regular at hemodialysis service at a University Hospital in São Luis, Maranhão

Ana Paola Novaga¹, Leyla Adriana Guimarães Santos¹,
Marilda Moura Fé¹, Siane Rocha Almeida¹, Nair Portela Silva Coutinho²

Resumo: Estudo de caráter exploratório, retrospectivo e transversal, com objetivo de avaliar indicadores do prontuário, dos pacientes que realizavam hemodiálise na Clínica de Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), de acordo com o que preconiza o Conselho Federal de Medicina. A amostra foi constituída de prontuários dos pacientes que realizavam hemodiálise na Clínica de Nefrologia. A coleta de dados foi realizada através de um instrumento baseado nos pré-requisitos mínimos exigidos no prontuário, no período de janeiro de 2008¹. Os resultados demonstraram que 60% dos prontuários analisados não tinham identificação completa do paciente em todas as folhas, 35% não apresentava anamnese completa do paciente, 50% não tinham exame físico do paciente. Foi observado que o uso do corretivo esteve presente em 75% dos prontuários e a presença de folhas em branco em 70%. Além disso, 40% dos prontuários não tinham letra legível e 55% não apresentavam identificação do profissional que prestou o cuidado.

Descritores: Hemodiálise; Prontuário do paciente; Nefrologia.

Abstract: Study of explore, retrospective and transversal character to evaluate pointers of the handbook, of the patients who carried through hemodialise in the Clinic of Nefrologia of the University Hospital of the Federal University of the Maranhão (HUUFMA), in accordance with what the Federal Advice of Medicine praises. The sample was constituted of handbooks of the patients who carried through hemodialise in the Clinic of Nefrologia. The collection of data was carried through through an instrument based on the prerequisite minimums demanded in the handbook, in the period of January of 2008¹. 60% of analyzed handbooks did not have complete identification of the patient in all the leaves, 35% did not present anamnesis complete of the patient, 50% did not have physical examination of the patient. It was observed that the use of the punishment was present in 75% of handbooks and the leaf presence blank in 70%. Moreover, 40% of handbooks did not have legible letter and 55% did not present identification of the professional who gave the care.

Keywords: Hemodialysis; Patient record; Nephrology.

INTRODUÇÃO

O registro da assistência prestada ao paciente, pela equipe de saúde, tem aspecto ético, administrativo e legal. Assim sendo, este deverá ser realizado de forma concisa e clara, de modo a não trazer prejuízos potenciais ao paciente, à equipe de saúde e à instituição prestadora de serviços de saúde.

De acordo com Lobo¹, o registro clínico é formado por um conjunto de campos estruturados, relativos às informações sobre um determinado paciente, que constitui a sua história clínica, fornecendo evidência documentada, através do prontuário médico, do curso da doença e tratamento, proporcionando base para revisão, estudo, atualização, avaliação da atuação médica e de enfermagem, dispensada ao paciente.

O prontuário médico representa um conjunto

de documentos relativos à vida do paciente e a sua doença, escritos de modo claro e conciso. Ele contém os registros dos dados sociais, da história, das manifestações e da evolução da doença do paciente e dos cuidados profissionais prestados ao mesmo pelos diversos integrantes da equipe de saúde².

O prontuário também tem seu papel ético e legal para dar suporte à atuação da equipe multiprofissional, além de ser válido como instrumento para fins jurídicos, em caso de processo contra a instituição, bem como a qualquer profissional da equipe de saúde³.

Através da utilização racional das informações contidas no prontuário do paciente é possível levantar dados que irão dar suporte, às questões de administração hospitalar. Isso se torna mais claro no

¹ Alunas do Curso de Especialização em Auditoria em Serviço de Saúde da UFMA.

² Mestre em Pedagogia Profissional. Docente da UFMA

tocante à cobrança das contas hospitalares, seja dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Sistema de Saúde Complementar ou mesmo particular. Quando se trabalha no setor de auditoria focando o ajuste das contas hospitalares, se faz necessário o suporte do registro adequado para embasar, comprovar e justificar a utilização de materiais consumidos na realização de procedimentos realizados pela equipe de saúde junto ao paciente.

A auditoria deve ser compreendida como um conjunto de ações de assessoramento e consultoria. A verificação de procedimentos e validação dos controles internos utilizados pela organização permitem ao profissional auditor, emitir uma opinião de

aconselhamento à direção ou ao staff da entidade em estudo, garantindo precisão e segurança na tomada de decisão⁴.

Portanto, a equipe deve estar consciente do seu papel como prestador de assistência, não esquecendo que a qualidade dos seus registros reflete na qualidade do serviço e no retorno financeiro à instituição, de modo a melhorar também a estrutura institucional existente. Diante da relevância descrita sobre o registro no prontuário do paciente, esta pesquisa teve o intuito de avaliar os registros realizados nos prontuários dos pacientes acompanhados na Clínica de Nefrologia do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório, cuja amostra foi constituída aleatoriamente por conveniência, por pacientes que realizaram hemodiálise na Clínica de Nefrologia do HUUFMA, no período de 12/2006 a 12/2007. Os critérios de exclusão para a amostra foram: os pacientes que estão sendo acompanhados para realização de hemodiálise esporádica, os pacientes que estavam na fase aguda e ainda aqueles que foram submetidos a outros tipos de tratamentos. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: pacientes internos e externos que realizavam hemodiálise regularmente. O projeto teve a aprovação da Comissão Científica

obedecendo os aspectos éticos da instituição.

Os prontuários foram analisados através de um roteiro (Apêndice) previamente elaborado pelos pesquisadores, conforme os critérios preestabelecidos pela Resolução de nº1331/895 e Parecer 493/876 do Conselho Federal de Medicina, estabelecendo as conformidades de acordo com o seu contexto. A ausência de apenas um destes critérios estabelecidos já caracteriza a não conformidade do prontuário.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de janeiro de 2008. Os prontuários foram submetidos à análise rigorosa dos pesquisadores e comparados à legislação do Conselho Federal de Medicina.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que 60% dos prontuários analisados não tinham identificação completa do paciente em todas as folhas; 35% não apresentavam anamnese completa do paciente; 50% não tinham exame físico do paciente. Tabela 1.

Em relação aos itens que não devem conter no prontuário médico, observouse que o uso do corretivo

esteve presente em 75% dos prontuários e presença de folhas em branco em 70%. Tabela 2.

Quanto aos padrões exigidos dos registros, conforme Tabela 3, tem-se que 40% dos prontuários não tinham letra legível e 55% não apresentavam identificação do profissional de saúde que prestou o cuidado. Tabela 3.

Tabela 1 – Itens obrigatórios do prontuário, Clínica de Nefrologia do HUUFMA. São Luís/2008.

Variáveis	n=20	
	f	%
Identificação do paciente	08	40
Anamnese	13	65
Exame físico	10	50
Hipótese diagnóstica	20	00
Diagnóstico definitivo	20	00

Tabela 2 – Itens que não devem conter no prontuário, Clínica de Nefrologia do HUUFMA. São Luís/2008.

Variáveis	n=20	
	f	%
Escrita a lápis	01	05
Uso de líquido corretivo	15	75
Folha em branco	14	70
Anotações que não se referem ao paciente	00	00

Tabela 3 – Padrões exigidos nos registros em prontuário, Clínica de Nefrologia do HUUFMA. São Luís/2008.

Variáveis	n=20	
	f	%
Letra	12	60
Identificação do profissional de saúde	09	45
Nome legível e inscrição do conselho	00	100

DISCUSSÃO

Ressalta-se que para a realização deste estudo teve-se limitações na busca de referenciais teóricos que abordassem o tema. Foram identificados trabalhos que abordavam a avaliação da qualidade dos registros em prontuários, entretanto nenhum relacionava estes aos critérios estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

De acordo com a RDC 154/6: “Todo serviço de diálise deve manter um prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento dialítico, sua evolução e intercorrências”⁷ e também descreve que “os prontuários devem estar preenchidos, de forma clara e precisa, atualizados, assinados e datados pelo profissional responsável por cada atendimento”⁷.

Na avaliação dos prontuários, observou-se que o prontuário era organizado cronologicamente, contendo impressos para registro da identificação, diagnóstico, termo de consentimento, evolução médica

e de enfermagem, registro dos sinais vitais, registro de exames laboratoriais e medicação.

Dentre as não conformidades observou-se que a ficha de identificação estava por vezes incompleta, os registros de sinais vitais de hora em hora, realizados durante as sessões dialíticas não estavam completos; o impresso do resumo mensal de hemodiálise, no qual deveria constar a evolução do paciente em tratamento, estava sem registro.

Apesar da legislação, não fazer nenhuma referência a este aspecto, o termo de consentimento para realização do procedimento não estava assinado pelo paciente em alguns prontuários analisados.

Embora as não conformidades encontradas, não coloquem em risco a saúde do paciente, porém pode ser considerada uma das formas de mensuração da qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde.

CONCLUSÃO

Com este estudo ratifica-se a importância do prontuário do paciente como instrumento fundamental para a pesquisa científica, daí a necessidade de seu preenchimento completo e adequadamente, bem como para a avaliação da atuação dos profissionais

e da qualidade da atenção prestada.

Espera-se que esse estudo contribua para avaliação da atuação da política interna de educação continuada e atuação da Comissão de Revisão de Prontuários.

REFERÊNCIAS

1. Lobo A. *O registro clínico computadorizado*. Joinville, 1999[Capturado 2007 ago 15]. Disponível em: <http://www.pages.udesc>.
2. Diener JRC, Silva NM. Aspectos administrativos, éticos e legais do prontuário médico. *Arquivos Catarinense de Medicina*, 1994 jul/set Santa Catarina; 23(3):181-183.
3. Magalhães ALS. *Estudo de demanda e uso da informação clínica na Unidade Presidente Dutra do Hospital Universitário- Universidade Federal do Maranhão, com vistas à implantação do prontuário eletrônico*[Monografia]. São Luís(MA): Universidade Federal do Maranhão; 2001. 131p.

4. Muller AN. *Desmitificando o trabalho da Auditoria* [Capturado em 2007 set 5] Disponível em: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_fae_business/n1_dezembro_2001/gestao_desmistificando_auditoria.pdf.
5. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1331/89*. Brasília, 1989.
6. Conselho Federal de Medicina. *Parecer nº 493/87*. Brasília, 1987.
7. Poder Executivo. Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Resolução RDC 154/6*. Estabelece o regulamento técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise. Diário Oficial da União - Poder Executivo, 2006 maio 31.

Avaliação de recursos disponíveis no serviço de tratamento intensivo de um Hospital Universitário

Evaluation of available resources of the service of intensive care of a University Hospital.

Christiane Brito Pinheiro Soares¹, Marlúcia da Silva Machado¹,
Perla Coimbra Malheiros¹, Dorlene Maria Cardoso de Aquino².

Resumo: A avaliação em saúde produz informações quanto à adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas de serviços de saúde, assim como também envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologia, serviços ou programas de saúde, sendo esses critérios indicadores de qualidade em saúde. Considerando a importância das unidades que realizam tratamento intensivo, incluindo seu grau de complexidade e de acordo com a portaria 3.432 de 12 de agosto de 1988, que estabelece critérios de classificação entre as unidades de tratamento intensivo, entende-se que é necessário fazer uma avaliação de recursos disponíveis no serviço de tratamento intensivo do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, com o objetivo de verificarmos as conformidades e não-conformidades. Estudo descritivo quantitativo. Os dados foram coletados no período de outubro de 2007 a janeiro de 2008, com visitas semanais a unidade, onde aplicamos o roteiro de inspeção de terapia intensiva da Vigilância Sanitária utilizado pela Secretaria do Estado de Saúde do Maranhão. Os resultados apontaram que em relação aos itens avaliados, há conformidade em: 75,00% da estrutura física, 95,46% de equipamentos e materiais, 100% dos recursos complementares de apoio funcionando 24 horas, 90,90% dos recursos humanos e 100% dos aspectos organizacionais. Conclui-se que os indicadores avaliados nos recursos disponíveis na UTI, preconizados pela portaria 3.432 de 12 de agosto de 1988, na sua maioria foram contemplados pelo setor.

Descritores: Recursos disponíveis; Avaliação; Hospital Universitário Presidente Dutra (MA).

Abstract: The assessment in health produces information about the adequacy, effects and costs associated with the use of technologies, programs of health services, and also involves the selection of criteria to judge and compare suitability, benefits, side effects and costs of technology, services or health programs, such criteria are indicators of quality in health. Considering the importance of carrying out intensive treatment units, including its degree of complexity and according to the 3432 ordinance of August 12, 1988, establishing criteria for classification between intensive care units, believes that it is necessary to make an assessment of available resources in service intensive care unit at University Hospital President Dutra, with the objective to verify the compliance and non-conformities. Study quantitative descriptive. Data were collected in the period October 2007 to January 2008, with weekly visits the unit, which apply the roadmap for inspection of the Health Surveillance intensive care used by the Secretariat of State of Health of Maranhão. The results showed that for items valued, there is a line: 75.00% of the physical structure, 95.46% of equipment and materials, 100% of additional resources to support working 24 hours, 90.90% of human resources and 100% of the organizational aspects. It follows that the indicators measured in available resources in the ICU, advocated by the 3432 ordinance of August 12, 1988, most of them were covered by the industry.

Keywords: Appeal available; University Hospital President Dutra (MA); Assessment.

INTRODUÇÃO

Segundo Motta¹, a auditoria trata da avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, devendo esta, ser uma prática baseada em evidências por meio de conceitos sólidos que a fundamentem. A prática de auditoria teve início no século XII, na Inglaterra pela implantação desta

atividade nas empresas e se fixou no século XVII, pela revolução industrial, nas grandes empresas, tendo continuidade até os dias atuais.

No estudo de Collela² o termo auditoria tem sido aplicado, como um instrumento de contabilidade, significando exame analítico e pericial, que segue o

1. Alunas do Curso de Especialização de Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão.

2. Doutora em Patologia Humana. Docente da UFMA.

desenvolvimento de operações contábeis desde o início do processo até o balanço.

Entende-se que Auditoria é uma revisão, controle, visando à melhoria na qualidade de serviços de saúde. É um exame cuidadoso, uma prática independente, cujo objetivo é averiguar se as atividades desenvolvidas em determinado setor estão de acordo com as disposições planejadas e/ou estabelecidas previamente, se estas foram implementadas com eficácia e se estão adequadas (em conformidade) à consecução dos objetivos.

A Avaliação consiste em um processo permanente de análise de situações, com o objetivo de conhecer como estas se processam, possibilitando a implementação das mudanças necessárias e alimentando o processo decisório.³

De acordo com Gil⁴ a definição mais abrangente da avaliação é aquela dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz que, *avaliação é um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições para aperfeiçoamento das atividades em desenvolvimento e para o fomento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura.*

Para Ramos⁵ avaliação é, portanto, um instrumento de aferição da realidade observada, baseado no envolvimento dos usuários do Sistema de Saúde utilizado, a partir de suas necessidades e dos Serviços de Saúde à sua disposição, bem como dos recursos alocados.

Segundo Portela⁶, a avaliação em saúde produz informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas de serviços de saúde, assim como também envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde, sendo esses critérios indicadores de qualidade em saúde. Em outras palavras, indicadores de qualidade em saúde correspondem a critérios para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços.

Andrade⁷ diz que um hospital é formado por vários setores e diversos serviços que interagem com o objetivo de proporcionar uma assistência de qualidade. Dentre esses serviços está incluído as Unidades

de Terapia Intensiva que são *unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenha possibilidade de se recuperar.*

A unidade de Terapia Intensiva tem como objetivo prevenir que o paciente desenvolva um estado mais crítico pelo acometimento direto de seus órgãos vitais ou de outras estruturas, comprometendo seriamente sua vida. Essa unidade conta com equipamentos de grande precisão técnica e exige importante aplicação de recursos financeiros, materiais e humanos.

Os profissionais deste setor precisam ter conhecimento minucioso da tecnologia com a qual trabalham e dos cuidados que cada caso requer. O domínio das técnicas especiais de tratamento é imprescindível. Associada a isso é necessário estrutura física e instalações adequadas, bem como recursos materiais e uma equipe multiprofissional para garantir qualidade na assistência.

Na avaliação de práticas e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde e que este processo, por sua vez, leva à mudança favorável no nível de saúde da população.

A avaliação do processo reafirma-se na idéia de que a probabilidade de ocorrências de resultados favoráveis cresce quando tecnologias em saúde (equipamentos, medicações, recursos complementares, sistemas organizacionais, entre outros) são aplicadas corretamente.

Considerando a importância das unidades que realizam tratamento intensivo e de acordo com a portaria 3.432 de 12 de agosto de 1998⁸, que estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, sendo classificadas em tipo I, II e III, entende-se que é necessário fazer uma avaliação acerca do funcionamento adequado tanto das instalações e equipamentos, quanto dos profissionais inseridos nesse contexto, avaliando assim, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria. Esse trabalho tem como foco a avaliação dos recursos disponíveis no serviço de tratamento intensivo do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD).

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo quantitativo, baseado no modelo de roteiro de inspeção da Vigilância Sanitária utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão.

O trabalho foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUPD, em São Luís/MA. O HUUPD é referência estadual em alta complexidade, em transplantes de rins, córneas e tecido humano, centro de referência nível II em cirurgia cardiovascular e neurocirurgia, em cirurgia Bariátrica, ortopedia e UTI geral e Cardíaca tipo II. É um hospital de ensino, pesquisa e extensão,

que destina 100% dos seus leitos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que é sua fonte de financiamento. Na unidade Presidente Dutra são oferecidos serviços assistenciais em clínica médica, clínica cirúrgica, transplantes, hemodinâmica, UTI geral e cardíaca, litotripsia, terapia renal substitutiva e outros. A UTI geral é composta por 11 leitos, disponíveis para os serviços de clínica médica, cirúrgica, transplantes, entre outros.

Os dados foram coletados no período de outubro de 2007 a janeiro de 2008, totalizando 10 visitas. No primeiro momento apresentamos o projeto

de pesquisa para a coordenadora da UTI que agendou um segundo encontro para iniciar a coleta de dados acompanhadas por uma enfermeira do setor durante terceira visita. Da quarta visita a última retornou-se para sanar dúvidas levantadas durante a elaboração do trabalho escrito.

Para a avaliação de recursos disponíveis no serviço de tratamento intensivo do HUUPD, os itens foram classificados em conformidade e não-conformidade.

O termo “conformidade” foi considerado como parâmetro, para a avaliação, segundo a portaria 3.432 do Ministério da Saúde⁸:

Em relação à estrutura e área física, recursos complementares de apoio e aos aspectos

organizacionais: quando todos os requisitos estiverem com respostas afirmativas, segundo portaria de n. 3.432 de 12 de Agosto⁸;

Em relação aos equipamentos disponíveis e recursos humanos: quando a quantidade por leito estiver de acordo com a portaria n.3.432 do Ministério da Saúde⁸;

E para definição do termo não-conformidade, utilizamos o conceito da Organização Internacional de Normalização (ISO) que é um não atendimento a um ou mais requisitos⁸.

Em atendimento aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado e aprovado pela Comissão Científica do Hospital Universitário.

RESULTADOS

Dos 28 itens avaliados da estrutura física, apenas 05 (24,99%) não estavam em conformidade com o roteiro de inspeção da Secretaria de Estado de Saúde (SES), área coletiva de adulto inferior a 10 m² por leito, inexistência de copa, rouparia e depósito de equipamentos e materiais e embora exista quarto de isolamento, ele não é provido de antecâmara, lavatório e bancada com pia de despejo, todos para uso exclusivo dos profissionais assistentes (Figura 1).

O resultado relativo à avaliação de equipamentos apontou que a UTI possuía 21 (95,46%) dos equipamentos necessários proposto pelo roteiro de inspeção para um atendimento de qualidade, e apenas 01 equipamento que correspondeu a 4,5% que não estava em conformidade que era a inexistência do respirador a pressão no setor (Figura 2).

Em relação aos aspectos complementares a UTI atendeu em 100% os 09 itens exigidos pelo roteiro. No que diz respeito aos recursos humanos, a UTI apresentava 11 itens (90,9%) que estão em conformidade, e apenas 01(9,09%) item em não-

conformidade, referente a não locação exclusiva do profissional assistente social no setor (Figura 4).

Quanto aos aspectos organizacionais, observou-se 100% de conformidade nos 9 itens avaliados.

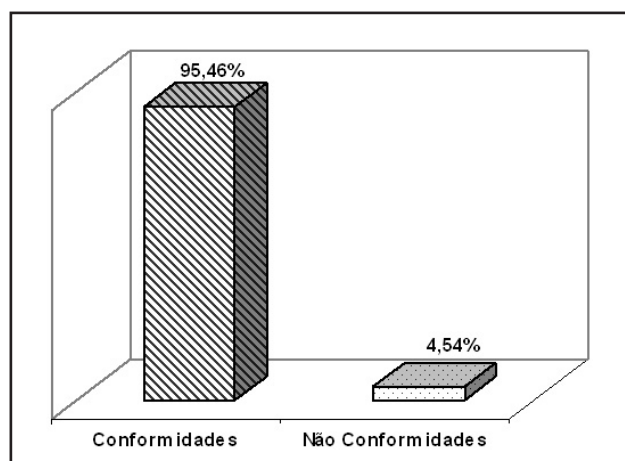


Figura 2 - Avaliação de Equipamentos da UTI do HUUPD. São Luís-MA, 2008.

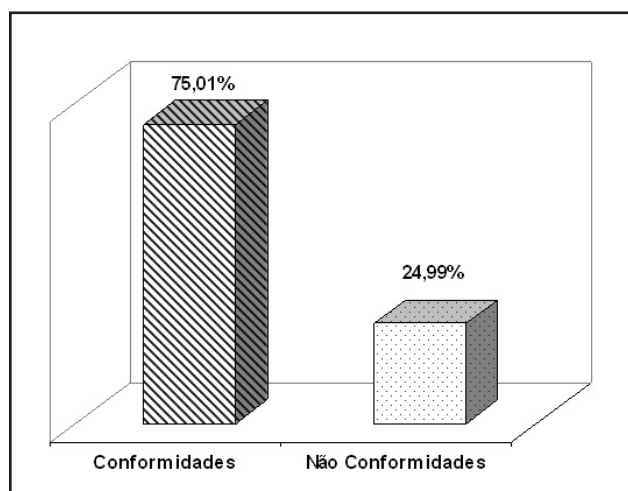


Figura 1 – Avaliação da estrutura física da UTI do HUUPD. São Luís-MA, 2008.

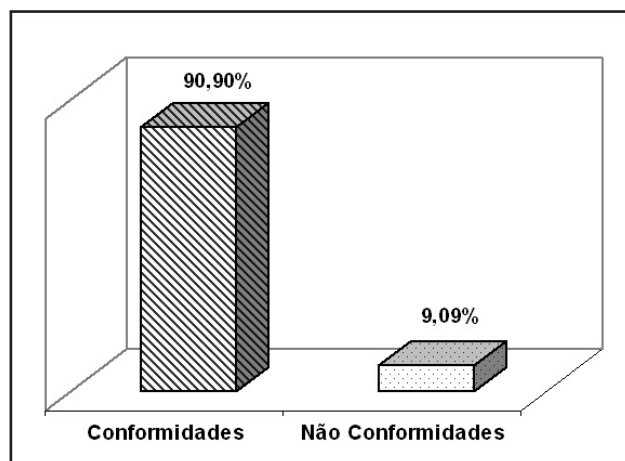


Figura 3 – Avaliação de Recursos Humanos da UTI do HUUPD. São Luís-MA, 2008.

DISCUSSÃO

Segundo Portela⁶ o ato de avaliar consiste em um processo permanente de análise de situação com o objetivo de conhecer como estas se processam, possibilitando a implementação das mudanças necessárias e alimentando o processo decisório.

Com esse objetivo utilizamos o roteiro de inspeção da SES, com o intuito de verificarmos as conformidades e não-conformidades dos recursos disponíveis da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra.

Na pesquisa em questão, verificou-se que a UTI encontra-se em condições adequadas, pois no que diz respeito à estrutura física, apesar da unidade ter apresentado 75,01% de conformidade, não houve comprometimento da qualidade do serviço prestado. Quanto as não-conformidades: ausência de copa, rouparia, depósito de equipamentos e materiais, são prontamente atendidas por outros setores do hospital de acordo com a necessidade da unidade. Quanto ao fato de existir uma área inferior a 10m² por leito, a UTI está respaldada pela Resolução de diretoria Colegiada (RDC) 50/02⁹, que estabelece que construções anteriores a elaboração da resolução podem sofrer adequações até que se esgote todas as possibilidades de padronizações de estrutura física. Ainda como não-conformidade de extrema relevância, destaca-se a ausência de antecâmara, lavatório e bancada com pia de despejo, exclusivos no quarto de isolamento. Entende-se que isso poderá comprometer o objetivo do ambiente em questão onde o paciente, provavelmente, estará com uma doença infecto-contagiosa e, portanto o isolamento deverá ser criterioso.

Durante a avaliação dos equipamentos, verificou-se que a UTI possuía 95,46% dos equipamentos necessários. A não-conformidade encontrada foi representada pela inexistência de um respirador a pressão. Vale destacar que existe um ventilador mecânico por leito, que garante a manutenção do paciente diante da necessidade de uma ventilação artificial.

Avaliou-se os recursos complementares de apoio funcionando 24 horas, notando-se que o setor apresentou 100% de conformidade com roteiro

de inspeção. Observou-se ainda que o serviço de ressonância magnética é terceirizado e o traslado é realizado pela Ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que é apropriada para o transporte de pacientes de alto risco.

Em se tratando dos recursos humanos, a não conformidade encontrada, foi a ausência de um assistente social próprio do setor. O usuário é atendido por esse profissional no momento da admissão no hospital e, se por ventura, houver necessidade de um novo atendimento, o responsável pelo usuário será encaminhado até o profissional habilitado.

Com relação aos aspectos organizacionais, a UTI apresentava 100% de conformidade. É válido comentar que no momento está acontecendo uma padronização dos procedimentos para todo o hospital, visando fornecer qualidade em excelência, minimizando as falhas com a organização interna. Sendo o HUUPD um hospital de referência estadual, é importante que ele se adapte aos padrões internacionais, por esse motivo está buscando o certificado da Organização Internacional de Normalização (ISO).

Padilha¹⁰ diz que sendo a UTI uma unidade complexa, de intensa dinâmica, que congrega diferentes profissionais e onde as tomadas de decisões devem ser prontas e precisas, espera-se estrutura adequada como suporte para o desenvolvimento de uma assistência segura ao doente crítico.

Souza¹¹, refere que os trabalhos nesta área estão sendo direcionados para formas de tornar o dia-a-dia da UTI mais próximo da eficácia. Hoje há uma preocupação com um ambiente seguro para o paciente e para os profissionais, preocupação com as taxas de erros, com os determinantes da média de permanência, com a razão da mortalidade esperada e com a distância entre as pesquisas e o cotidiano.

Diante do exposto, observou-se que a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Presidente Dutra oferece um serviço qualificado, embasado em normas legais, demonstrando o comprometimento da instituição com a sociedade. A discussão ficou limitada em função da pouca exploração desse tema em pesquisas científicas.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho foi de extrema importância, concluiu-se que os dados do presente estudo, demonstraram que o hospital está parcialmente conforme a legalidade exigida pelo ministério da saúde. Sugere-se realizar uma revisão no projeto arquitetônico com a finalidade de melhorar as condições físicas e estruturais do hospital como exemplos: a criação da

antecâmara, lavatório e bancada com pia de despejo dentro do quarto de isolamento e um lavabo para a lavagem das mãos dos visitantes, mas vale lembrar que todas as possibilidades de adequação ao roteiro de inspeção já foram esgotadas, desta forma, uma mudança na estrutura física no momento seria inviável.

REFERÊNCIAS

1. Motta ALC. *Auditoria de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Latria; 2006.
2. Colella V. *Auditoria: controle interno e estoques*. São Paulo: Saraiva; 1979.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Estado de Saúde. *Controle, avaliação e auditoria: Sistema Único de Saúde - SUS/SP*. São Paulo: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 1998.

4. Gil AL. *Auditoria Operacional e de Gestão*. Rio de Janeiro: Saraiva; 1992. em:<http://p=Portaria+n%C2%B0+3.432%2FMS%2FGM%2C+12+de+agosto+de+1998>.
5. Ramos R. O problema da avaliação em saúde pública. *R. Saúde publ*, 1974; 8: 305-14.
6. Portela MC. *Avaliação da Qualidade em Saúde*. [S.l.:s.n]; 2002.
7. Andrade MTS. *Cuidados Intensivos*. Rio de Janeiro: McGrawHill; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n° 3.432/MS/GM*, 12 de agosto de 1998. Estabelece os critérios de classificação e cadastramento de Unidades de Terapia Intensiva. Diário Oficial da União, 1998. Capturado 2008 Jan 28. Disponível
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Portaria n. 564, p.158. Brasília; 2002.
10. Padilha KG. Ocorrências e iatrogênicas na UTI e o enfoque. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2001; 5(9): 91-96.
11. Souza DC. *Avaliação da estrutura das unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

Estudo comparativo entre os gastos com o rastreamento e o tratamento quimioterápico do câncer de mama feminino

Comparative study between spending on screening and treatment of chemotherapy of breast cancer among women

Rizza Mesquita Sousa¹, Keila Cristine C. Amorim¹, José Luis do C. Soeiro¹,
José Marcio Soares Leite²

Resumo: Este estudo teve como objetivo demonstrar que o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama trazem significativa redução do gasto no tratamento da doença, por meio da descrição dos gastos relacionados com a prevenção do câncer de mama em mulheres, comparando-os com os gastos no tratamento nos estádios iniciais e tardios dessa doença. A criação de programas de detecção precoce e rastreamento mamográfico de câncer de mama proporcionam a descoberta inicial dos casos, tendo como resultado a diminuição nos índices de morbidade/mortalidade.

Descritores: Câncer de mama; Detecção precoce; Rastreamento; Custos.

Abstract: This study aimed to demonstrate that the screening and early detection of breast cancer bring significant reduction in spending for the treatment of disease, through, description of expenses related to the prevention of breast cancer in women, comparing them with the Spending on treatment in the early stages and late this disease. The creation of programmes for early detection and tracking of breast cancer mamográfico provide the initial discovery of cases, resulting in the decrease in the rates of morbidity / mortality.

Descriptors: Breast cancer; Early detection; Screening; spend.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Os elevados gastos com o tratamento da doença se constituem um dos maiores problemas da saúde pública no mundo.

No Brasil, o câncer de mama continua sendo a neoplasia maligna que mais atinge o sexo feminino, nas regiões norte, nordeste e sudeste¹. Os indicadores de mortalidade do câncer de mama apontam a necessidade de maior atenção para esse problema.

Segundo publicação do Instituto Nacional de Câncer², o número estimado para o Brasil em 2008 é de 49.400 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 68 casos a cada 100 mil mulheres e com estimativa de 17.400 casos novos nas capitais brasileiras.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

Apesar de ser um tumor maligno, é uma doença curável ou controlável se descoberta a tempo, o que nem sempre é possível, pois o câncer nem sempre sintomatiza precocemente, retardando o diagnóstico do nódulo, o que significa uma perda preciosa de tempo.

É crescente o elevado número de mulheres afetadas, com índices elevados de mortalidade principalmente, pela contribuição dos fatores de risco: sexo feminino, avanço da idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação tardia, obesidade na pós-menopausa, exposição da radiação ionizante em altas doses, exposição a pesticidas ou organoclorados, tabagismo, história de doença mamária benigna, alta densidade mamária e história familiar de câncer de ovário e mama¹. Aliando-se a esta gama de fatores têm os problemas relacionados à atenção a saúde, como o alto custo da assistência, necessidade de serviços assistenciais de alta complexidade, cirurgias, quimioterápicos, radioterápicos e uma série de exames complementares tornando-se uma doença de custo elevado para o Sistema Único de Saúde - SUS. Estes custos se tornam um desafio eminente para a detecção precoce, tratamento e os cuidados paliativos com a doença.

1. Alunos do Curso de Especialização em Auditoria de Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Médico. Mestre em Ciência da Saúde. Docente da UFMA.

O risco do câncer de mama é um fantasma na vida das mulheres de todas as idades. O câncer de mama é provavelmente o mais temido das mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos que afetam a percepção na sexualidade e a própria imagem pessoal, pois o seio representa a característica primordial da identidade feminina possuindo uma forte carga simbólica de feminilidade, sensualidade e maternidade. O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

Os primeiros registros do câncer de mama remontam ao ano de 1600 a.C. no Egito, até meados do século XVIII, quando Petit (1640-1750), primeiro diretor da Academia Francesa de Cirurgia, propôs o que poderia ser chamado de primeira mastectomia radical⁴, naquela época não se pensava na importância do diagnóstico precoce³.

A importância da detecção precoce de um câncer de mama somente começou a ser reconhecida em meados do século XVII, quando Henry François Ledran, na França, sugeriu que o câncer de mama era uma doença localizada e subsequentemente se espalhava para a circulação linfática⁴. De acordo com alguns autores, esse conceito serviu para estabelecer que um tratamento local adequado e mais precoce poderia levar à cura do câncer de mama⁴.

No Brasil, as primeiras iniciativas desenvolvidas para o controle do câncer remontam ao início do século XX, tendo sido orientadas, quase exclusivamente, para o diagnóstico e o tratamento da doença⁴.

Durante a primeira metade do século XX, fortaleceu-se entre cirurgiões a idéia de que, quanto mais precoce o diagnóstico, o tratamento da doença melhor seria o prognóstico dos doentes, iniciando-se assim a preocupação com a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer⁴.

No início da década de 60, o antigo Serviço Nacional do Câncer, visando à dinamização de suas atividades, já procurava institucionalizar a Campanha Nacional de Controle ao Câncer (CNCC), o que ocorreu em 1967. Os objetivos desse órgão seriam intensificar e coordenar, em todo o Brasil, as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas. Essa Campanha atuaria nas áreas de prevenção, diagnóstico precoce, assistência médica, formação de técnicos especializados, pesquisa, ação social e reabilitação, relacionados com as neoplasias malignas em todas as formas clínicas, visando a reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no país.

Hoje, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) é um órgão da administração direta do Ministério da Saúde vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde. O Regimento do Ministério da Saúde, aprovado pelo Decreto Presidencial Nº 109, de 2 maio de 1991 e reafirmado pelo Decreto Presidencial Nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998 dá competência ao Instituto Nacional do Câncer para assistir o Ministério da Saúde na coordenação das ações nacionais de controle do câncer e como agente referencial para prestação de

serviços oncológicos no âmbito do SUS.

O câncer é uma doença que pode ter cura, porém para um bom prognóstico é necessário um diagnóstico precoce.

O controle do câncer de mama deve priorizar a prevenção e a detecção precoce. A prevenção não deve focalizar apenas os fatores de risco associados ao câncer de mama, mas também os fatores de proteção. Alguns fatores que aumentam o risco de desenvolver câncer de mama, como obesidade na pós-menopausa, exposição à radiação ionizante em altas doses, exposição a pesticidas/organoclorados e tabagismo são passíveis de intervenção; outros fatores como sexo feminino, avanço da idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação tardia, história de câncer de ovário, ou história de doença mamária benigna, alta densidade mamária, mutações genéticas (BRCA1 e BRCA2) e história familiar de câncer de mama não podem ser modificadas. A maioria destes fatores encontra-se associados com um moderado aumento no risco (cerca de 2 ou 3 vezes), o que sugere que múltiplos fatores contribuem para a gênese da doença e que podem existir fatores ainda desconhecidos. Por outro lado, há duas estratégias principais para a detecção precoce do câncer de mama: a educação para promover o diagnóstico precoce e o rastreamento. As evidências obtidas de ensaios clínicos sugerem uma diminuição de 25% da mortalidade por câncer de mama com o rastreamento mamográfico de rotina. Além disso, há evidências indiretas de que o rastreamento por exame clínico das mamas reduza o número de mortes por este câncer⁵.

A detecção precoce tem por finalidade alterar o curso da doença, uma vez que seu início biológico já aconteceu por meio de intervenções que permitam a detecção precoce e conseqüentemente um tratamento oportuno.

Para a detecção precoce do câncer de mama segundo o Consenso de Controle do Câncer de Mama, é recomendado: Rastreamento anual por meio do exame clínico da mama em todas as mulheres, a partir de 40 anos de idade. Este procedimento é ainda recomendado como parte do atendimento integral à saúde da mulher e ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária; Rastreamento por meio de exame clínico de mama, mais exame mamográfico bianual em mulheres com idade de 50 a 69 anos, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames; Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, nas mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama; Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados⁴.

O objetivo final da detecção precoce de uma doença por meio de teste de triagem consiste em prevenir ou retardar o surgimento de uma enfermidade ou em retardar ou eliminar as conseqüências desta.

A União Internacional Contra o Câncer (UICC)

classificou a evolução das neoplasias malignas para determinar o melhor tratamento e a sobrevida dos pacientes. A classificação dos tumores malignos, TNM, criada pela UICC, segue as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e a presença ou ausência de metástases à distância⁴.

A letra T da classificação representa a dimensão do tumor primário, a letra N representa a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais, e a letra M informa a presença ou não de metástase à distância. A combinação de diversas subcategorias do TNM (letras e números) determina os estádios clínicos que variam de I a IV⁶.

O agrupamento por estádios nas diversas combinações possíveis pelo sistema TNM, segue a seguinte ordem: Estádio 0 (Tis+N0+M0); Estádio I (T1+N0+M0); Estádio IIA (T0+N1+M0, T1+N1+M0, T2+N0+M0); Estádio IIb (T2+N1+M0, T3+N0+M0); Estádio IIIa (T0+N2+M0, T1+N2+M0, T2+N2+M0, T3+N1,N2+M0); Estádio IIIb (T4+qualquer N+M0, qualquer T+N3+M0); Estádio IV (qualquer T+ qualquer N+M1)¹.

Após o diagnóstico do câncer, vários exames são usados para classificá-lo segundo o estágio da doença. O estadiamento visa fornecer informação crítica para a escolha do tratamento mais adequado como também fornecer informações prognósticas e de sobrevida. O estadiamento da doença é um fator determinante na escolha do tratamento mais adequado e efetivo.

O tratamento do câncer de mama é a cirurgia e a radioterapia para tratamento loco-regional e a quimioterapia e a hormonioterapia para tratamento sistêmico⁷.

A cirurgia, para ser indicada, depende do estadiamento clínico e do tipo de histológico, podendo ser conservadora, quando é feita a ressecção de um segmento da mama com a retirada de gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não conservadora (mastectomia)⁷.

A radioterapia é utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, sexo, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico⁷.

A quimioterapia e hormonioterapia são terapias adjuvantes sistêmicas feitas após o tratamento cirúrgico instituído. Sua recomendação baseia-se no risco de recorrência⁷.

O SUS, a partir de Janeiro de 2008, conta com um Sistema de Informação modificado, onde houve a unificação das tabelas de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, visando à integração dessas bases de dados para a constituição de um Sistema Único de Informações da Atenção à Saúde⁸. Os instrumentos que nutrem esses sistemas de dados são a Autorização de Internação Hospitalar

(AIH), e o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC)⁹, que foram substituídos pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese/Prótese e Materiais Especiais – OPME do SUS. Um dos objetivos desse instrumento é subsidiar os gestores nas ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento dos registros e análises de informações em saúde. A Tabela sofreu modificação sendo hoje estruturada por 4(quatro) níveis de agregação: Grupo; Sub-Grupo; Forma de Organização; e procedimento¹⁰.

A AIH é utilizada há décadas. Porém, foi em novembro de 1998 que se deu, no âmbito do SUS, à implantação de APAC de radioterapia (RT) e de quimioterapia (QT) mediante a apresentação de um laudo médico com 3 (três) blocos distintos de dados: do estabelecimento de saúde, do doente e do médico solicitante; da neoplasia (inclusive obrigatoriamente o estágio pelo sistema TNM, a menos que nele a neoplasia não esteja contemplada) e do planejamento terapêutico global. Essa iniciativa foi concebida para possibilitar, a partir da cobrança e pagamento de procedimentos de QT ou RT o controle, avaliação e auditoria; o planejamento e programação destes procedimentos nos serviços especializados: a organização da assistência oncológica; fonte de dados para estudos epidemiológicos e para o registro hospitalar do câncer; produção científica; avaliação de resultado e estimativa de demanda atendida e reprimida⁹.

No caso do câncer de mama, o resultado mais apropriado da mensuração da eficiência da triagem é a redução da mortalidade da doença específica. A avaliação do resultado em geral é enunciada como risco relativo, que mede o risco de morte por câncer que será modificado pelo fato de ter sido submetida a uma triagem. É consenso que os ensaios clínicos aleatórios controlados sejam o melhor meio de avaliar essa triagem, porém, eles têm limitações, como os altos custos financeiros que são considerados relevantes no dia-a-dia. Outro fato é o intervalo considerável em que o estudo deverá prosseguir até a obtenção de resultados conclusivos¹¹, tendo como objetivos:

- Demonstrar que o rastreamento do câncer de mama, em mulheres de faixa etária de 50 a 69 anos, pode identificar a doença precocemente, o que implica na redução dos gastos do tratamento do câncer de mama para o SUS.
- Demonstrar os gastos relacionados com o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos;
- Demonstrar os gastos do tratamento com quimioterapia nos estádios I e II e III e IV;
- Comparar os gastos do rastreamento (detecção precoce) com os gastos do tratamento nos estádios iniciais (I e II) e terminais (III e IV) .

MÉTODOS

Estudo descritivo e prospectivo onde foi utilizado como fonte de pesquisa os site(s) do Instituto Nacional do Câncer (www.inca.gov.br) e do Ministério da Saúde do Brasil (www.saude.gov.br).

Como critério de inclusão, na fase inicial do estudo utilizou-se a população feminina encontrada disponível no site do Ministério da Saúde – DATASUS8, que correspondia a 6,79% para as mulheres de 50 a 59 anos, e 3,81% para 60 a 69 anos do total da população feminina de 544.770 da cidade de São Luís – MA. Aplicou-se a mesma proporção na população estimada para 2008, por meio do estudo prospectivo que corresponde ao total de 520.494 mulheres, onde se encontrou o total de 55.173 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

Esta população faz parte do levantamento dos gastos com rastreamento (consulta especializada + mamografia) e para levantamento de gastos correspondentes ao tratamento nos estádios I, II, III e IV utilizou-se a população estimada de 150 casos novos de câncer de mama¹ para a cidade de São Luís. Dados de estimativa de casos novos de câncer de mama, para 2008 do Instituto Nacional do Câncer², segundo ainda o INCA, 60% desses casos novos de câncer de mama só procuram a rede de serviços de saúde e conseqüentemente serão diagnosticados, em estádios avançados (III e IV), ou seja, 90 (noventa) casos em estágio avançado, o que implica necessariamente, que 60 (sessenta) casos que serão diagnosticados no estágio inicial, correspondem a 40% do total de 150 casos novos. Como critério de não inclusão,

considerou-se as mulheres fora dessa faixa etária.

Quanto às fases da pesquisa, a primeira etapa foi à revisão da literatura disponível descritiva sobre prevenção, detecção precoce, estadiamento, classificação clínica e tratamento do câncer de mama, no Instituto Nacional do Câncer - INCA¹, Órgão do Ministério da Saúde do Brasil voltado a ações nacionais integradas para o controle e prevenção do câncer.

Na segunda etapa realizou-se um levantamento dos gastos com rastreamento da população feminina de 55.173 habitantes na faixa etária de 50 a 69 anos e com o tratamento da população estimada de 150 casos nos estádios I, II, III e IV.

Na terceira etapa foi realizado um estudo comparativo dos gastos do rastreamento (detecção precoce) com os gastos do tratamento nos estádios iniciais (I e II) nos estádios avançados (III e IV).

Quanto aos instrumentos de pesquisa para levantamento dos dados, na segunda e terceira etapas, a equipe elaborou três planilhas para demonstrar os gastos desde a consulta com o especialista até os estádios III e IV, e elegeu a tabela unificada de procedimentos do SUS – 2008 como fonte para consulta dos valores (R\$) dos procedimentos realizados com o tratamento quimioterápico do câncer de mama.

Para levantamento de dados na fase de rastreamento utilizou-se o Consenso de Mama da Sociedade Brasileira de Mastologia, que inclui consulta acompanhado de exame clínico por especialista e mamografia bienal.

RESULTADOS

Considerando o levantamento do gasto ambulatorial para a população estimada de 55.173 mulheres, foi encontrado um valor de R\$ 2.408.301,45 (dois milhões, quatrocentos e oito mil, trezentos e um reais e quarenta e cinco centavos). (Quadro 1)

Após levantamento do gasto nos estádios I e II, com tratamento com quimioterapia em dose inicial e de manutenção no período de 5 (cinco) anos, com a população de sessenta casos, chegou-se ao valor

unitário de R\$ 1.013,90 e valor total de R\$ 60.834,00 (sessenta mil, oitocentos e trinta e quatro reais). (Quadro 2).

Nos estádios III e IV, o levantamento do gasto com tratamento com quimioterapia em dose inicial e de manutenção no período de 30 (trinta) anos, com a população de noventa casos, chegou-se ao valor de R\$ 615.199,50 (seiscentos e quinze mil, cento e noventa e nove reais e cinquenta centavos). (Quadro 3).

Quadro 1 – Gasto inicial ambulatorial no rastreamento de câncer de mama. São Luís, 2008.

Rastreamento	Valor Unitário (R\$)	População Estimada	Total (R\$)
Consulta Médica	7,55	55.173	416.556,15
Exame de Mamografia	36,10	55.173	1.991.745,30
Valor total	43,65	55.173	2.408.301,45

Fonte: Tabela Unificada SUS 2008.

O quadro 4 demonstra o valor unitário de cada fase. Na fase de rastreamento o valor unitário é R\$ 43,65 (quarenta e três reais e sessenta e cinco centavos), no estágio I e II o valor unitário corresponde a R\$ 1.013,90 (Um mil e treze reais e noventa

centavos) e no último estágio III e IV este valor é de R\$ 6.835,55 (seis mil, oitocentos e trinta e cinco reais e cinquenta e cinco centavos). Constatou-se um significativo acréscimo entre o rastreamento e as demais fases do tratamento.

Quadro 2 – Gastos com tratamento com quimioterapia durante 5 anos.

Estadiamento	Rastreamento	Dose Inicial quimioterápica (R\$)	Dose de manutenção (R\$)	Período 5 anos	Total unitário do tratamento (R\$)	População	Gasto Total (R\$)
Estádio I e II(1ª e 2ª linha)	43,65	571,50	79,75	398,78	1.013,90	60	60.834,00

Fonte: Tabela Unificada SUS 2008.

Quadro 3 – Gastos com tratamento com quimioterapia durante 30 anos.

Estadiamento	Rastreamento	Dose Inicial quimioterápica (R\$)	Dose de manutenção (R\$)	Período 30 anos	Total unitário do tratamento (R\$)	População	Gasto Total (R\$)
Estádio III e IV	43,65	2.378,90	147,10	4.413,00	6.835,55	90	615.199,50

Fonte: Tabela Unificada SUS 2008.

Quadro 4 – Comparativo total dos gastos.

Tratamento	Valor Unitário
Rastreamento	43,65
Estádio I e II	1.013,90
Estádio III e IV	6.835,55

Fonte: Tabela Unificada SUS 2008.

DISCUSSÃO

O câncer é uma doença de custo elevado para o SUS, devido à duração do tratamento, despesas com medicamentos e exames. Estes gastos se tornam um desafio iminente para a detecção precoce, tratamento e os cuidados paliativos com a doença.

O benefício do rastreamento mamográfico para a redução da mortalidade por câncer de mama já foi demonstrado em vários desses ensaios clínicos, nos quais um grupo de mulheres submetidas ao rastreamento foi comparado a outro grupo submetido apenas ao exame clínico. O primeiro desses foi realizado em Nova Iorque (HIP) de 1963 a 1969, incluindo um total de 62.000 mulheres com idade de 40 a 64 anos. Após seguimento de 5 a 18 anos, observou-se redução de cerca de 30% na taxa de mortalidade por câncer de mama nas mulheres do grupo rastreado com mamografia e exame físico anualmente durante quatro anos. Esse foi o primeiro

estudo que demonstrou que detecção precoce diminui a mortalidade pela doença¹⁰.

A detecção do câncer de mama em fases iniciais, proporciona mais frequentemente, o tratamento com cirurgias conservadoras, associadas ou não a radioterapia e agentes anti-estrogênicos, reduzindo substancialmente o custo do tratamento. Já nas fases avançadas, obviamente as terapias são mais agressivas, aumentando consideravelmente os custos. Há de se considerar ainda, além do emprego de cirurgias mais radicais, os exames de estadiamento da doença, maior permanência hospitalar, radioterapia mais ampla e principalmente o uso da quimioterapia (que além do alto custo, também se associa a maior morbidade)¹¹.

Um estudo revela que o custo de atendimento do câncer no estado de São Paulo no ano de 2002, atingiu cerca de 230 milhões de reais, sendo que 37

milhões foram gastos em atendimento ambulatorial e hospitalar, 30 milhões com radioterapia e quase 165 milhões com quimioterapia. Fica evidente que, se o diagnóstico ocorrer em fase iniciais (carcinoma in situ, estádios Ia e Ib), os gastos se reduzirão para em entorno de 70% do total, já o tratamento quimioterápico será evitado¹¹.

Nesse estudo, observa-se que a realização tardia dos exames em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, além de procedimento clínico, resulta na elevação significativa dos recursos necessários para garantir o tratamento. Pode-se aferir que o gasto no tratamento de uma paciente nos estádios I e II, equivale ao rastreamento de 23 mulheres, já o tratamento de uma paciente nos estádios III e IV equivale ao rastreamento de 157 mulheres.

Considerado os estudos realizados, observa-se conforme o quadro 4 (comparativa dos gastos),

que o gasto com o tratamento inicial (consulta com especialista e exame de mamografia) comparado com o gasto dos tratamentos nos estádios I e II da doença tem um acréscimo de cerca de 2.322 % e comparando com os estádios III e IV tem um acréscimo de cerca de 15.659%.

Sabe-se que a estimativa do custo de um rastreamento é difícil, pois depende de diversas variáveis, portanto complexa. Este estudo foi uma tentativa de avaliar o gasto no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama e compará-los com os gastos do tratamento da doença em fases mais avançadas. Os gastos financeiros aqui apresentados mostram que os programas de rastreamento do câncer de mama constituem uma política de saúde, pois além de outros benefícios médico-sociais imensuráveis, aqui não considerados, resultam em economia para os cofres públicos.

CONCLUSÃO

O estudo comprova um significativo aumento no gasto com o tratamento do câncer de mama em São Luís-MA, segundo os estádios da doença, deixando evidente que se houver maior preocupação e empenho por parte dos gestores públicos em rastrear todas as mulheres na faixa etária estudada, poderá ser observado que o percentual de mulheres diagnosticadas nos estádios III e IV, quando comparados aos gastos relativos aos estádios I e II,

apresentará uma sensível queda, cerca de 30% nos gastos da doença.

Conclui-se que, a criação de programas de detecção precoce e rastreamento mamográfico de câncer de mama, possibilitam a descoberta inicial dos casos, o que trás como resultado a diminuição nos índices de morbidade/mortalidade, que são de grande relevância para o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Prevenção e controle do câncer de mama: normas e recomendações do INCA. *Revista Brasileira Cancerologia* 2003; 49(4):208.
2. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Estimativas 2008: *Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2005, [capturado 2008, jan]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
3. Fristachi, CE. O papel da mamografia no rastreamento do câncer de mama. *Revista Prática Hospitalar*. 2003; 29 (5): 1-15.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama – Documento de consenso: normas e recomendações do Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2004; 50(2): 77-90.
5. Thuler, LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2003; 49(4): 227-238.
6. Brito, C. *Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 2004.
7. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, *Projeto diretrizes – Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama*, 2001.
8. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde*. DATASUS, [capturado 2008 fev 8]. <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 08.02.2008.
9. Gadelha MIP. Costa MR. Almeida RT. Estadiamento de tumores malignos – análise e sugestões a partir de dados da APAC. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2005; 51(3): 193-199.
10. Poder Executivo. Portaria GM/MS 321 de 8 de fevereiro de 2007. Institui a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília. DF, 9 fev 2007. Secção 1, p. 42-4.
11. Kemp CS. Elias LH. Gebrim ACPN. Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica*, 2005; 27(7):415-20.

Ouvidoria hospitalar: manifestação de usuários de um Hospital Universitário

Health commissioners: users expressions of a University Hospital

Célia Maria de Moura Kurz¹, Marivone de Jesus Almeida¹, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa¹, Silvia Maria Lima da Silva¹, Nair Portela Silva Coutinho²

Resumo: A ouvidoria hospitalar representa uma nova prática gerencial no campo da saúde e surge como uma estratégia na consolidação de nova cultura nas instituições de saúde como um dos pontos abordados pela Política Nacional de Humanização – PNH. O objetivo deste estudo foi fazer o levantamento das manifestações de usuários que procuraram o setor de Ouvidoria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, no período de janeiro 2006 a janeiro de 2007. A coleta de dados foi realizada, por meio de levantamento em livro de registro do setor, utilizando-se um formulário. Os resultados mostraram que a maior demanda de manifestações foi registrada na Unidade Materno Infantil com 56,37%. Dentre os motivos de maior demanda de procura pela ouvidoria destacam-se as solicitações (41,18%) e as reclamações (39,75%). Quanto aos motivos de reclamações o mau atendimento foi representado por 28,46% e a falta do profissional médico chama atenção com 22,30 % dos registros. A morosidade no atendimento (14,87 %) e a desorganização do serviço (14,13 %) foram as mais referidas. Os principais setores originários das reclamações foram o ambulatório (37,17 %) e a marcação de consulta (13,07%). Em se tratando de categorias responsáveis pelos motivos de reclamações, as mais apontadas pelo usuário foi o médico 43,33 % e o atendente 9,64%. Destaca-se como bastante significativo a falta de registro de dados, representado por 35,54%. Na pesquisa, portanto foi considerado que houve envolvimento da Ouvidoria quando, a partir do acolhimento a ouvidoria enquanto instituição recebe o usuário e ouve as manifestações valorizando o sujeito no exercício da cidadania. Ressalta-se ainda que através de sua forma de funcionamento a ouvidoria tem possibilitado a construção e o fortalecimento da participação e controle social, identificando os problemas do cotidiano e trabalhando a relação usuário-trabalhador-gestão.

Descritores: Ouvidoria Hospitalar; Controle Social; Saúde.

Abstract: Hospital magistracy represents a new managerial practice in the health field and emerges as a strategy in this new culture consolidation in the health institutions as one of the points raised by the National Policy of Humanization - NPH. This study aimed to raise users expressions who sought the University Hospital Magistracy Division from the Federal University in Maranhão in the period from January in 2007 to January in 2008. A literature review situates the magistracy appearance in the society context, focusing on the health area and hospitals, emphasizing the role of social control in hospital context. The results showed that the greatest demand for demonstrations was recorded in Maternal Child Unit with 56,37%. Among the reasons for the majority of the demands that led to the magistracy there were requests 41,18% and complaints 39,75%. About reasons for complaints the bad service was represented by 28,46% and lack of medical professional 22,30% calls attention to the registers. The slowness in attendance 14,87%, and service disorganization 14,13% were mentioned. The main sectors of the complaints were from the clinic 37,17% and consultation arranging 13,07%. Referring to categories responsible for the reasons of complaints, the most complaints identified by user has been the medical professional 43,33%, and the attendant 9,64%. Emphasize as quite significant the lack of registration represented by 35,54%. Among the policies of attention to the user, the magistracy service was created to give the user the right and exercise of citizenship in social control, by providing opportunities to receive complaints, suggestions and criticism, to improve both in quality of care and in relationships of work, pointing out that according to SUS (Unified Health System), health to establish itself as right, must ensure services access to with accountability, rescuing the role of the subject and strengthening the user.

Keywords: Hospital health commission; Social Control; Health

1. Alunas do Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Enfermeira. Mestre em Pedagogia Profissional. Docente da UFMA.

INTRODUÇÃO

Após a Constituição de 1988 vários mecanismos de controle social foram criados no setor saúde. A reforma contempla como eixo fundamental a democratização dos serviços de saúde através do exercício do controle social como mecanismo de participação por meio da criação das ouvidorias.

As ouvidorias têm sua origem na evolução histórica do Estado, em que a maioria dos países ocidentais tem como marco divisor os acontecimentos como a Revolução Inglesa, a Revolução Francesa e a Revolução Americana, nos séculos XVII e XVIII. Antes desse período, os governos eram caracterizados por sistemas monárquicos, onde o poder do Rei era absoluto e divino, com o povo considerado apenas como súdito. Nesses regimes considerados absolutistas, a ação do Estado visava a atender às necessidades da nobreza, ficando a maior parte da população sem direitos e sem garantias mínimas de sobrevivência¹.

No Brasil, com a redemocratização, a partir de 1985, depois de duas décadas de governos militares, começa a existir uma pressão democrática da sociedade civil para que haja uma maior aproximação e participação no Estado. O exercício do poder, que era conferido apenas pela democracia representativa, já não atende mais às necessidades e complexidades da sociedade atual. Assim, inicia-se um processo de busca por uma democracia participativa em que a população exerce o poder não apenas por meio de seus representantes, mas também por meio de uma participação direta. Isto é refletido em experiências como os orçamentos participativos e os Conselhos Municipais. A Constituição de 1988 e a legislação infraconstitucional subsequente procuraram estruturar mecanismos para que o cidadão possa exercer o poder estatal de forma direta e mais próxima. Esta participação mais direta também se intensificou com a multiplicação das organizações sociais e não-governamentais que passam a exercer uma ação mais direta no Estado².

Dentro de um aspecto mais abrangente, a sociedade controla a administração pública ou por mecanismos criados pela própria sociedade dentro do Estado (controle governamental), ou fora dele (controle social). Assim, as ouvidorias surgem como mecanismo desse controle social dentro da sociedade, resultando em um novo redimensionamento das políticas públicas no âmbito nacional, estadual e municipal, com repercussões nas instituições prestadoras de serviços. Algumas dessas políticas resultaram na criação de serviços de ouvidoria (SO), serviços de atendimento ao cliente (SAC) ou de centrais de atendimento ao usuário (CAU), implantados em alguns órgãos governamentais e em instituições públicas e privada. Em órgãos governamentais da área da saúde, esses serviços foram instalados em ministérios e secretarias estaduais e municipais. No caso de instituições prestadoras de serviços, constatou-se que hospitais públicos e privados estabeleceram suas

próprias políticas gerenciais que, mesmo internamente definidas, acompanharam as propostas nacionais para a área da saúde^{3, 4}.

Destaca-se ainda no âmbito do governo federal a criação do programa chamado Disque Saúde, junto ao Ministério da Saúde. Esses programas e serviços foram criados para receber denúncias sobre problemas relativos ao atendimento à saúde da população, e assim as ouvidorias hospitalares passaram a acolher as reclamações dos usuários sobre o atendimento prestado. Estas tinham um caráter eminentemente social, pois questionavam situações que remetiam ao Sistema Único de Saúde-SUS, quando se tratava de hospitais públicos, e ao tipo de serviço ofertado pelos hospitais e seus profissionais. Concebendo as reclamações como resultantes de relações sociais, mesmo quando permeadas pela técnica, como ocorre no âmbito médico-hospitalar.

A ouvidoria representa um mecanismo de controle social que surge dando voz aos usuários, envolvendo-os num processo de participação da vida das instituições, no intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados. A ouvidoria hospitalar é, portanto, um órgão promotor do direito administrativo de natureza unipessoal e não contenciosa, visando contribuir para um melhor funcionamento, na medida em que cria condições para que a comunidade reivindique seus direitos^{3, 5}.

O surgimento da ouvidoria no mundo e no Brasil está associado à figura do Ombudsman (ouvidor) e surgiu na Suécia no início do século XIX, com função de fiscalizar a aplicação das leis por parte dos funcionários públicos. Ombudsman, expressão de origem nórdica, resulta da junção da palavra ombud que significa “representante”, “procurador” com a palavra man – homem⁶.

Segundo Pacheco⁵ (2004), a figura do “ouvidor” no Brasil existe desde o período colonial, e sua atividade estava inteiramente ligada à representatividade da autoridade governamental e era nomeado para a função de juiz. Entretanto, com o passar dos anos a concepção de “ouvidor” sofre uma significativa transformação, que se baseou numa mudança de conceitos na sociedade, criando a concepção de representar o cidadão e não apenas o gestor ou administração, representando um grande avanço para a cidadania, tendo sua base no SUS como política pública fruto de imensa mobilização social, e suas diretrizes básicas que são a universalidade, integralidade e equidade, resultante de uma nova cultura no mundo da saúde pautada na valorização não só da dimensão biológica, mas da dimensão subjetiva e social, onde acolher é fortalecer o compromisso com os direitos de cidadania e do trabalho interdisciplinar; ou seja, uma nova forma de organização do processo de trabalho em saúde^{5, 7}.

A implantação de ouvidorias na área da saúde está associada à crise e às transformações ocorridas nessa área, na década de 90 que tornaram favoráveis,

às propostas que indicaram a participação e o controle do cidadão sobre as atividades de prestação de serviços de saúde, assim como medidas de desburocratização. Estes princípios foram inseridos na Constituição Federal em 1988 e na lei do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1990. Em 1996, a 10ª CNS (Conferência Nacional de Saúde,) emitiu parecer favorável à implantação de Ouvidorias no SUS, através de relatório final: Os Conselhos e Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação. Entre esses mecanismos incluem-se Ouvidorias e Serviços Disque-Saúde em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde (p.35) e os Gestores do SUS devem agilizar a criação das carreiras de Auditor em Saúde, bem como de Ouvidor Público Hospitalar^{8,9}.

A ouvidoria hospitalar é compreendida como uma nova forma de gerenciamento e argumenta-se que sua implantação foi uma das estratégias utilizadas pelos hospitais para adequar-se às transformações ocorridas na área da saúde. É, portanto, um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar apoiado num processo pedagógico, educativo e propositivo. A atividade da ouvidoria se caracteriza por receber do usuário sua dúvida, sugestão, crítica, reclamação e elogio. Além disso, diagnostica e agiliza mudanças pertinentes à demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando a garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos, possibilitando

ao usuário o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas, proporcionando a cada cidadão dar seu parecer a respeito do atendimento, sendo ele positivo ou negativo.

Desta maneira, a ouvidoria surge como uma estratégia na consolidação desta nova cultura nas instituições de saúde como um dos pontos abordados pela Política Nacional de Humanização – PNH, destacando que a humanização busca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), como eixo estruturante das práticas em saúde (na atenção e na gestão) em todas as instâncias do SUS^{9,10}.

O interesse pelo tema justifica-se pela compreensão de que as ouvidorias hospitalares representam canais que podem democratizar as relações entre instituições, usuários e trabalhadores de saúde, além de representar um modelo de gestão com propostas que indicam a participação e o controle do cidadão sobre as atividades de prestação dos serviços de saúde, representando ainda um mecanismo alternativo e político onde o usuário expressa o encanto e ou desencanto da utilização dos serviços por meio de sua voz. Este estudo teve o objetivo de fazer o levantamento das manifestações de usuários que procuraram a ouvidoria no período de janeiro 2006 a janeiro de 2007 em um hospital universitário.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório de caráter retrospectivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no setor de ouvidoria das Unidades Materno Infantil e Presidente Dutra, do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, no período de janeiro a março de 2008.

O Hospital Presidente Dutra e Materno Infantil foram transformados em Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU/UFMA) em 16 de janeiro de 1.991, pela cessão dos hospitais do extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Em seus 17 anos o HU/UFMA passou por profundas transformações em infraestrutura, na assistência à saúde, recursos humanos, ensino, pesquisa e extensão. As mudanças foram implantadas gradualmente em seu perfil assistencial com a execução de novos serviços de Alta Complexidade, que o torna Centro de Referência Estadual. Atualmente, tem capacidade de 506 leitos hospitalares, todos (100%) disponibilizados ao SUS (Sistema Único de Saúde), em consonância com a Portaria da Contratualização nº1.006 MEC/MS, de 27 de maio de 2004.

Dentre as políticas de atenção ao usuário, o Hospital Universitário, atendendo a recomendações da Promotoria Especializada de Defesa da Saúde, implantou o serviço de ouvidoria em 03.01.2000, oportunizando ao usuário o direito e exercício

da cidadania no controle social, por meio da oferta de oportunidades para atender queixas, sugestões, críticas e objetivando melhorias tanto na qualidade de assistência quanto nas relações de trabalho, constituindo-se, portanto, em um canal de comunicação imparcial, democrático e ético, que pelo diálogo, promove a melhoria da assistência de forma humanizada.

A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento das manifestações realizadas pelos usuários no período de janeiro 2006 a janeiro de 2007 em livro de registro do setor, utilizando-se um formulário, totalizando uma amostra de 981 manifestações.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, com o Protocolo Nº 33104-1517/2007 e Parecer Nº 578/07, com base na Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Os resultados foram codificados utilizando-se o programa EPI-INFO versão 6.4 (OMS). As variáveis selecionadas para o estudo foram analisadas em frequências relativas e absolutas, sendo os resultados apresentados em tabelas.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que a Unidade Materno Infantil teve 56,37% e a Unidade Presidente Dutra 43,63 das manifestações (Tabela 01).

Os tipos de manifestações mais freqüentes foram representadas por solicitação (41,18%), reclamação (39,75%) e informações (16,71%) Tabela 02.

Quanto aos motivos relacionados às reclamações, foi observado como mais freqüentes, o mau atendimento (28,46%), a falta do médico (22,30%), morosidade no atendimento (14,87%) e desorganização do serviço (14,13%) Tabela 03.

Quando se analisou os setores de reclamação, foi observado que o ambulatório (37,17%), a marcação de consulta (13,07%) e centro cirúrgico obstétrico (8,20%) foram as mais referidas. Destaca-se como significativo o resultado de 12,04% com manifestações sem registros relacionados ao setor. Tabela 04.

Das categorias originárias das reclamações observou-se que o médico (43,33%) foi o mais reclamado seguido do atendente (9,64%). Não foi encontrado registro de categoria em 35,54% das manifestações. Tabela 05.

Tabela 1 – Local de manifestações. Ouvidoria do Hospital - HUUFMA. São Luís - MA, Janeiro 2006 a Janeiro 2007

Local	f	%
Unidade Materno Infantil	553	56,37
Unidade Presidente Dutra	428	43,63
Total	981	100

Fonte: Livro/Registro Ouvidoria.

Tabela 2 – Tipo das manifestações. Ouvidoria do Hospital - HUUFMA. São Luís - MA, Janeiro 2006 a Janeiro 2007

Tipos	f	%
Solicitação	404	41,18
Reclamação	390	39,75
Informação	164	16,71
Outros	10	1,05
Elogio	8	0,81
Denúncia	5	0,50
Total	981	100,00

Fonte: Livro/Registro Ouvidoria.

Tabela 3 – Motivos de reclamações. Ouvidoria do Hospital - HUUFMA. São Luís - MA, Janeiro 2006 a Janeiro 2007

Motivos	f	%
Mau atendimento	110	28,46
Falta do médico	87	22,30
Morosidade no atendimento	58	14,87
Desorganização do serviço	56	14,13
Negligência na assistência	21	5,38
Atraso do profissional	14	3,58
Falta de vagas para atendimento	13	3,33
Inadequação das instalações físicas	7	1,64
Falta de comunicação c/ chefe de setor	7	1,64
Perda e não recebimento de exames	7	1,64
Falta de assistência	6	1,53
Falta de medicamento	2	0,51
Registro de furto	2	0,51
Total	390	100,00

Fonte: Livro/Registro Ouvidoria.

Tabela 4 – Setores das reclamações.Ouvidoria do Hospital - HUUFMA. São Luís - MA, Janeiro 2006 a Janeiro 2007

Setores	f	%
Ambulatórios	143	37,17
Marcação de consulta	51	13,07
Sem registro	47	12,04
Centro Cirúrgico Obstétrico	32	8,20
Alojamento Conjunto	17	4,33
SPA Pediátrico	17	4,33
Radiologia	14	3,58
Marcação de Cirurgia	11	2,82
SPA Obstétrico	9	2,30
Serviço de Pronto Atendimento	8	2,05
Ultrassonografia	8	2,05
Clínica de Internação Cirúrgica	6	1,53
Portaria	5	1,28
Internação Pediátrica	4	1,02
Patologia	2	0,51
Clínica Internação Médica	2	0,51
Hemodinâmica	2	0,51
Consulta nutrição	2	0,51
Coleta de sangue	2	0,51
Banco de sangue	2	0,51
UTI Pediátrica	2	0,51
Manutenção	2	0,51
Vigilância	2	0,51
Total	390	100,00

Fonte: Livro/Registro Ouvidoria.**Tabela 5** – Categorias originárias das reclamações.Ouvidoria do Hospital - HUUFMA. São Luís - MA, Janeiro 2006 a Janeiro 2007

Categorias	f	%
Médico	168	43,33
Não registrado	139	35,54
Atendente	38	9,64
Enfermeiro	17	4,35
Outras	10	2,76
Recepcionista	8	2,05
Telefonista	5	1,28
Segurança	4	1,05
Total	390	100,00

Fonte: Livro/Registro Ouvidoria.

CONCLUSÃO

O hospital configura-se em importante equipamento na garantia de equidade, integralidade da assistência e defesa da vida e por isso necessita de propostas concretas onde a saúde para instituir-se como direito, precisa garantir o acesso aos serviços com responsabilização, resgatando o protagonismo do sujeito e fortalecendo o usuário.

Portanto, através do PNH a ouvidoria representa uma destas propostas e para atingir seus objetivos precisa ter capacidade de intervenção, criando mecanismos para ampliar a visão das relações dentro da instituição e fora dela. Para isso deve atuar centrada no sujeito como cidadão de direitos.

Este estudo representou um levantamento das manifestações dos usuários, onde através de suas demandas ficou demonstrado que as ouvidorias são estratégias institucionais que conduzem ao envolvimento e ao disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde nos hospitais.

Além disso, com a pesquisa foi possível identificar que o local de maior demanda foi a Unidade Materno infantil o que pode estar relacionada à natureza do atendimento. Os motivos de maiores manifestações estão relacionados à solicitação seguido de reclamação. As reclamações mais referidas foram descritas como mau atendimento, a falta do profissional médico e morosidade no atendimento. Quanto ao setor originário de reclamações, observou-se que o ambulatório foi o mais destacado seguido da marcação de consulta. Dentre as categorias mais reclamadas os profissionais médicos tiveram

destaque. Diante dos aspectos relacionados a dados não registrados, não foi possível caracterizar o usuário, um dos objetivos deste estudo. Sugere-se portanto, a necessidade de implementação de instrumentos que possibilitem um registro para conhecimento do usuário, elemento fundamental para caracterizar o manifestante.

Foi possível também identificar a ouvidoria, como um local onde o usuário busca informações e a utiliza para atender uma necessidade; papel este que poderia ser destinado ao serviço de recepção quando se refere a informações ou ao serviço social quando se refere a solicitações relacionadas à ajuda, demonstrando ser a ouvidoria um elemento articulador na resolução de demandas principalmente relacionadas às solicitações.

Neste estudo, portanto foi considerado que houve envolvimento quando, a partir do acolhimento, a ouvidoria enquanto instituição recebe o usuário e ouve as manifestações valorizando o sujeito no exercício da cidadania.

Ressalta-se, que a ouvidoria tem possibilitado a construção e o fortalecimento da participação e controle social, identificando os problemas do cotidiano, trabalhando a relação usuário-trabalhador-gestão. Cabe destacar que essa forma de construir a ouvidoria exige um constante processo de negociação, visto que parte de uma mudança de paradigma, deve sempre ser encarado como um processo de aprendizagem, sem respostas definidas e com um universo de possibilidades e formas de articulação.

REFERÊNCIAS

1. Odalia NA. *Liberdade como meta coletiva*. In: Pinsky, J; Pinsky, CB, (Org.), História da Cidadania. São Paulo: Contexto; 2003.
2. Granjeiro JW. *Administração Pública*. 11. ed. Brasília: Vestcon; 2003.
3. Rollo AA. *É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público*. In Merhy, EE; Onocko, R. (org.). Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
4. Pereira LCB; Cunill, G. (orgs). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1999.
5. Pacheco MVF. *Ouvidoria e saúde pública*. [Monografia]. Recife(PE): Universidade Federal de Pernambuco, Faculdade de Ciências da Administração. 2003.
6. Vismona EL. *A ouvidoria no Brasil*. Associação Brasileira de Ouvidores; 2001.
7. Vilanova F. Ouvindo o cidadão. *O POVO*, 1998.
8. Brasil. Congresso. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990* - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 16 julho de 2003. 10. BRASIL. Ministério da Saúde [capturado 2005 julho 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/default.cfm>.
10. Universidade Federal do Maranhão. Hospital Universitário. *Relatório de Gestão 2000*. São Luís: HU/UFMA. 2001. 133p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.890/GM de 13 DE outubro de 2005*. Estabelece recursos, a serem disponibilizados ao Distrito Federal, habilitado em Gestão Plena do Sistema [capturado 2008 mar 22]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1890.htm>.

Sistema de gestão da qualidade do serviço de farmácia hospitalar: um desafio na gestão pública.

Quality management system of the hospital pharmacy service: a challenge in public management

Alessandra Enes Rocha¹, Marineide Sodré Rodrigues¹, Syleide Braga da Silva¹, Zuleide Andrade Oliveira¹, Dorlene Maria Cardoso de Aquino².

Resumo: Um dos métodos mais validados para tornar a gestão de qualidade é baseado nas Normas ISO 9000, que têm como objetivo estabelecer normas técnicas de padrão internacional. Realizou-se um estudo com os objetivos de descrever o processo de implantação e avaliar o Sistema de Gestão da Qualidade-SGQ desenvolvido na Farmácia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2008 e os dados foram coletados por meio de um check list utilizado pelo Núcleo de Gestão da Qualidade do referido hospital. A avaliação foi realizada com base na NBR ISO 9001:2000 utilizando os seguintes itens: Sistema de Gestão da Qualidade; Gestão de Recursos; Realização de Produtos; Aquisição; Medição, Análise e Melhoria. As respostas foram consideradas conforme, quando atenderam a 100% dos requisitos da norma e as não-conformes, quando não atenderam a um ou mais requisitos. No desenvolvimento do estudo, observou-se que existe uma metodologia específica de implantação do SGQ na Farmácia, desenvolvida pela própria instituição e os processos executados na farmácia estavam 100% em conformidade em relação aos itens definidos no estudo. Desta forma a farmácia poderá contribuir para a certificação das áreas assistenciais que estão em processo de certificação.

Descritores: Farmácia; Hospital; ISO; Qualidade.

Abstract: One of the most validated methods to make the management of quality is based on the ISO 9000 norms, that have as objective establish techniques norms accordingly international standards. It was realized a study with the objective of describe the implantation process and to evaluate the Quality Management System-QMS developed in the Pharmacy of the University Hospital of the Federal University of Maranhão. The collection of data was carried through the month of march of 2008 and the data had been collected by means of a check list used by the Nucleus of Quality Management of the cited Hospital. The evaluation was carried through on the basis of the NBR ISO 9001:2000 using the following items: quality management system; resources management; products accomplishment; acquisition; measurement; analysis and improvement. The responses were considered as, when met at 100% of the norm requirement and the non-conform, when they don't met the one or more requirements. During the development of the study, it was observed that exists a specific methodology of QMS implementation in the Pharmacy, developed by the institution itself and the procedures executed in the pharmacy were 100% in conformity with the items defined in the study. Thus the pharmacy will be able to contribute for the certification of the assistance areas that are in certification process.

Keywords: Pharmacy; Hospital; ISO; Quality.

INTRODUÇÃO

Segundo a NBR ISO 9000, o conceito de qualidade tem evoluído com o passar do tempo. Anteriormente associado à conformidade às especificações, passou a corresponder também à satisfação do cliente. Para isto, parâmetros como pontualidade no fornecimento de produtos e serviços, flexibilidade e nível de atendimento passaram a ser essenciais¹.

Diversas vantagens são esperadas quando a empresa decide fazer qualidade: a busca de menores

custos globais; a forma mais econômica de produzir qualquer coisa; menores riscos e maior volume de negócios. No mercado globalizado, qualidade não é mais um diferencial de competitividade, mas, sim necessidade vital para manter um negócio e a empresa não terá qualquer desvantagem em ter qualidade.²

A norma ISO 9000:2005 conceitua qualidade como o "grau no qual um conjunto de características físicas, sensoriais, comportamentais, temporais, ergonômicas ou funcionais inerentes, satisfaz a

1. Alunas do Curso de Especialização de Auditoria em Serviço de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Professora Doutora em Patologia Experimental Humana. Docente da UFMA.

requisitos”.¹

Um dos métodos mais validados para tornar uma gestão de qualidade é baseado nas Normas da Série ISO 9000 (ISO 9000, ISO 9001, ISO 9004 e ISO 19011). A sigla ISO é formada por letras iniciais de International Organization for Standardization (Organização Internacional para Normalização Técnica), com sede em Genebra cujo propósito é desenvolver e promover normas e padrões mundiais que traduzam o consenso dos diferentes países do mundo, de forma a facilitar o comércio internacional.³

A ISO 9001:2000 é uma norma internacional que fornece requisitos para o sistema de gestão da qualidade (SGQ) das organizações, onde, faz parte de uma série de normas publicadas pela ISO geralmente chamada no coletivo de “série ISO 9000”. Em consequência desta popularização dada à norma, freqüentemente há empresas que divulga que é “certificada ISO 9000” ou que o seu “Sistema de Gestão da Qualidade está em conformidade com a ISO 9000”. Normalmente, o que na realidade ela quer dizer é que possui um SGQ que atende aos requisitos da ISO 9001:2000, a única norma da série ISO 9000 que pode ser usada para fins de avaliação da conformidade.⁴

O sistema de gestão da qualidade fixa regras para que cada pessoa ou setor da instituição saiba o que e como deve ser feito e efetivamente faça o certo. A norma ISO 9000:2005¹ – Fundamentos e vocabulários – possui a seguinte definição para SGQ: “Conjunto de elementos inter-relacionados para estabelecer política e objetivos, e para atingir estes objetivos para dirigir e controlar uma organização, no que diz respeito à Qualidade”.

Na saúde, a busca da qualidade nos processos na área hospitalar visa a garantir aos pacientes a melhor assistência possível, reduzindo riscos e aumentando as chances de sucesso na terapia. Para isto, os serviços de saúde devem monitorar seus processos e avaliar continuamente seu desempenho.⁵

O sistema de gestão da qualidade nesta área é aplicado observando-se as condições estruturais, físicas e materiais necessários para a realização do serviço ou confecção do produto. O desenvolvimento dos processos que envolvem procedimentos operacionais e as normas escritas é de forma que possam garantir o monitoramento, controle e avaliação dos resultados, que é o produto final da assistência prestada de forma a impactar na saúde da população e observar o nível de satisfação dos usuários.⁶

No ano de 2005, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, foi criado um Núcleo de Gestão da Qualidade – NGQ, formado por funcionários da instituição, tendo na sua estrutura um representante da direção, cinco tutores e um auxiliar administrativo. Iniciou-se um trabalho,

buscando a certificação pela Organização Nacional de Acreditação – ONA e posteriormente a busca pela certificação ISO 9001:2000. O NGQ, na estrutura da instituição, está subordinado diretamente ao Diretor Geral.

No ano de 2006, iniciou-se o processo de implantação do Sistema de Gestão da Qualidade, buscando a Certificação ISO 9001:2000 em três áreas assistenciais estratégicas: cardiologia, nefrologia e unidade de terapia intensiva neonatal, que oferecem serviços complexos e com demanda expressiva.

As áreas de apoio como: Laboratório, Farmácia, Higienização e Limpeza, Manutenção, Aquisição de bens, Almoxarifado, Recursos Humanos, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Central de Material e Esterilização e Hotelaria, também estão, de uma forma indireta, inseridas no processo de implantação do sistema de gestão da qualidade ISO. Estes setores não serão certificados por não prestarem serviços diretamente aos clientes externos.

No Hospital Universitário existem duas farmácias hospitalares uma na Unidade Materno Infantil e outra na Unidade Presidente Dutra. Entre as atividades desenvolvidas, destaca-se o armazenamento, distribuição de medicamentos e a manipulação de nutrição parenteral para as duas unidades.

A farmácia está estruturada na instituição como subordinada a Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais, e tem como chefia geral uma Diretoria de Divisão de Farmácia e dois cargos de supervisores, sendo um em cada unidade, subordinados à Divisão.

As atividades desenvolvidas na farmácia impactam diretamente no sucesso da terapia medicamentosa adotada durante a internação do paciente. Os medicamentos fornecidos pela farmácia hospitalar precisam ser adquiridos e armazenados de forma adequada e distribuídos com agilidade e segurança, evitando desperdícios e retrabalho, possibilitando assim a otimização do serviço de toda equipe de saúde e a redução de custos com a aquisição de medicamentos.

A eficiência na gestão do serviço de farmácia possibilitará a certificação ISO 9001: 2000 às áreas assistenciais estratégicas. Considerando que a Gestão da Qualidade proporcionará a utilização racional dos medicamentos e otimização dos recursos financeiros, humanos e materiais, gerando serviços eficientes diminuindo riscos potenciais aos pacientes que utilizam o hospital, surgiu a necessidade de avaliar o SGQ implantado na Farmácia.⁶

Este estudo teve como objetivo descrever o processo de implantação e fazer a avaliação do SGQ desenvolvido na Farmácia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo sobre a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade

do serviço de Farmácia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA é um hospital de grande porte, com 515 leitos ativos, formado por um conjunto de duas Unidades, a Unidade Materno Infantil e a Unidade Presidente Dutra, é um hospital de ensino, pesquisa e extensão, que destina 100% dos seus leitos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) - sua fonte de financiamento.⁷

Na Unidade Presidente Dutra são oferecidos os serviços assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva - TRS e outros.

Na Unidade Materno Infantil é oferecida assistência integral à mulher e à criança, buscando, garantir aos usuários um atendimento humanizado.

O serviço de farmácia hospitalar atende a todo complexo hospitalar possuindo uma farmácia em cada unidade. Desenvolve atividades de ensino através do estágio supervisionado dos estudantes do curso de graduação em farmácia da UFMA e atividades inerentes à farmácia hospitalar como a seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Desenvolve ainda manipulação de alimentos que serão administrados por via intravenosa, denominada de Nutrição Parenteral.

Os dados foram coletados no mês de março/2008, por meio de um check-list, a partir da lista de verificação utilizada atualmente pelo Núcleo de Gestão da Qualidade nas suas auditorias internas.

A forma de implantação do SGQ no Setor de Farmácia foi obtida através de relato da Diretora de

Divisão de Farmácia, após explicação da pesquisa e consentimento explícito, quando esta, descreveu detalhadamente os passos desse processo. As informações foram registradas a punho. O estudo foi submetido à Comissão Científica do Hospital Universitário obedecendo os aspectos éticos.

Foram selecionados alguns itens referente à norma ISO 9001:2000, tendo como critério de escolha, os que tem impacto diretamente nas atividades desenvolvidas pelo serviço de farmácia:

- Sistema de Gestão da Qualidade: controle de documentos e controle de registros (Item NBR ISO 9001:2000- 4.2.3 e 4.2.4).
- Gestão de Recursos: Recursos Humanos, infraestrutura e ambiente de trabalho (Item NBR ISO 9001:2000- 6.2, 6.3 e 6.4).
- Realização do Produto: Planejamento da realização do produto (Item NBR ISO 9001:2000- 7.1)
- Aquisição: processo de aquisição, informações de aquisição e verificação do produto adquirido (Item NBR ISO 9001:2000- 7.4.1, 7.4.2 e 7.4.3)
- Medição, Análise e Melhoria: auditoria interna, medição e monitoramento de processos, medição e monitoramento de produtos, controle de produto não-conforme, ação corretiva e ação preventiva (Item NBR ISO 9001:2000- 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.5.2 e 8.5.3)

Na avaliação, considerou-se conforme, quando todos os itens avaliados atenderem 100% dos requisitos da norma ISO 9001:2000 e não-conforme quando não atenderem a um ou mais requisitos da norma.

RESULTADOS

Quanto da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ obtivemos o seguinte resultado:

A implantação e desenvolvimento do SGQ foi realizado pelo Núcleo de Gestão da Qualidade - NGQ do Hospital Universitário da UFMA, que é constituído de um representante da direção, cinco tutores e um auxiliar administrativo. Tendo como suporte técnico um consultor externo, credenciado pela NBR ISO.

Existe ainda a figura do Líder de Qualidade e de um funcionário do setor de farmácia que dá suporte ao Núcleo no que se refere à qualidade.

Segundo informações da Gestora local, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, relatou que método utilizado para a implantação do SGQ no ano de 2005, na farmácia ocorreu da seguinte forma:

- Escolha, pelo NGQ de um tutor para acompanhamento das atividades;
- Definição da metodologia a ser adotada, pelo NGQ, e exposição dos conceitos sobre o Sistema de

Gestão da Qualidade;

- Realização do diagnóstico situacional, onde foi feito uma checagem sobre as condições referente às exigências legais em relação ao funcionamento do setor;
- Elaboração, pela farmácia de um plano de ação para correção das não-conformidades encontradas;
- Definição de um Líder de Qualidade do setor de farmácia;
- Realização pelo NGQ de um treinamento no setor sobre a implantação do SGQ bem como da documentação necessária como: manual da qualidade, procedimentos gerais e procedimentos operacionais padrão;
- Verificação da eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade através de auditorias internas.

Ao aplicar o cheque-list, verificou-se que todos os itens definidos no estudo estavam em conformidade com a Norma ISO 9001:2000 (quadro 1).

DISCUSSÃO

A Associação Nacional das Farmácias (A.N.F.)⁹ utiliza como estratégia de Gestão o Sistema de Gestão

da Qualidade, iniciando seu desenvolvimento no ano de 1999, testado em quatro farmácias Portuguesas

Quadro 1 – Itens avaliados no Serviço de Farmácia do HUUFMA, São Luís - MA. 2008.

Itens	C	NC
Controle de Documentos	X	
Controle de registros	X	
Recursos humanos	X	
Infra-estrutura	X	
Planejamento da realização do produto/serviço	X	
Processo de trabalho de aquisição	X	
Informação de aquisição	X	
Verificação de produto/serviços	X	
Auditorias internas	X	
Medição e monitoramento dos processos	X	
Medição e monitoramento do produto/serviço	X	
Controle de produtos/serviços não-conformes	X	
Melhoria continua	X	
Ações corretivas	X	
Ação preventiva	X	

C - conformidade; NC - não-conformidade.

pertencentes à rede de farmácias que viram o seu desempenho igualmente coroado com a certificação pela Norma ISO 9001. Até o final de 2003 eram trinta e quatro farmácias certificadas e a condução de todo o processo deu-se pelo Departamento de Qualidade criado especialmente para este fim. O objetivo da equipe era tornar o projeto mais atrativo permitindo o desenvolvimento contínuo do Sistema.

O Hospital Universitário utiliza como estratégia de gestão a implantação do SGQ no serviço de farmácia e o desenvolvimento de uma metodologia própria através do Núcleo de Gestão da Qualidade, buscando promover condições para que o serviço aderisse ao projeto e mantê-lo continuamente, da mesma forma que foi instituído pela A.N.F.

Durante a coleta dos dados foi observado que a metodologia aplicada é aceita e entendida pela chefia do setor, líder de qualidade e funcionários. É considerado mais difícil o monitoramento da aplicação do processo da qualidade exigindo constante verificação das ações que são regulamentadas através dos documentos da qualidade, principalmente os definidos nos procedimentos operacionais padrão, onde os mesmos descrevem como as atividades devem ser realizadas e os registros necessários. É a forma de prover evidências de que a atividade foi feita.

Para melhor acompanhamento bimestralmente é feita na farmácia uma análise crítica referente às atividades da qualidade desenvolvidas no serviço e são registradas em ata padronizadas permitindo acompanhamento das ações deliberadas após a reunião.

O texto da Norma ISO 9001 que estabelece requisitos para a estrutura do SGQ define como

requisitos gerais: “a organização deve estabelecer, documentar, implementar e manter um sistema de gestão da qualidade e melhorar continuamente a sua eficácia de acordo com os requisitos desta Norma”.

O Serviço de Farmácia do Hospital Universitário possui normas escritas e procedimentos definidos que enfoca os processos e os resultados, realizando o monitoramento dos seus processos através do uso das ferramentas de Gestão nas atividades executadas.

Segundo Ferracine⁸, estas atividades são importantes na área hospitalar e promovem a melhoria contínua da qualidade, visando garantir aos pacientes, melhor assistência possível, reduzindo os riscos e aumentando as chances de recuperação da saúde.

Quando ocorre na farmácia um evento que está fora do padrão definido pela legislação ou pelos procedimentos operacionais o setor utiliza uma ferramenta gerencial denominada de Relatório de não-conformidade, onde é descrita a não-conformidade, a norma que foi infringida, e as ações a serem tomadas e os responsáveis pela ação com definição do prazo para realização da ação.

Constantes melhorias foram observadas através da infra-estrutura, da implantação de um processo de ambiente de trabalho organizado, onde a farmácia recebeu o selo prata instituído pelo NGQ na avaliação da organização ambiental, visando à adequações que possibilitem realizar um serviço mais eficiente. A Associação Nacional de Farmácias⁹ estabelece como estratégia para melhorar continuamente seus processos a utilização do Sistema de Gestão da Qualidade aperfeiçoando a promoção do sistema de modo que ele se tornasse cada vez mais efetivo e é utilizado como ferramenta de gestão em 210 farmácias associadas.

A farmácia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre realiza suas atividades buscando a melhoria da qualidade assistencial dos pacientes através do desenvolvimento de atividades de Farmacovigilância, participação do farmacêutico na equipe multiprofissional, monitorização de prescrição médica e educação continuada¹⁰. Todos estes processos tem registrados os dados permitindo ter informação constantes para a melhoria contínua do serviço estudo demonstrando ainda que existe um sistema de gerenciamento das atividades executadas na farmácia desse hospital da mesma forma que foi constatado no estudo realizado na Farmácia do Hospital Universitário-UFMA.⁹

Segundo estudo desenvolvido numa instituição hospitalar privada, com sede na cidade de Juiz de Fora (MG) que teve como objetivo demonstrar a viabilidade e os aspectos favoráveis da utilização de processos gerenciais específicos na administração da farmácia hospitalar, foi observado que a gestão de estoques é um dos fatores críticos neste setor.

CONCLUSÃO

Encontrou-se em funcionamento um SGQ que está conforme a exigência dos itens verificados no estudo, segundo a Norma ISO 9001:2000. Observou-se a utilização de uma metodologia adequada para a instituição, visando a atender aos requisitos da Norma ISO 9001, aplicável à farmácia hospitalar.

Todos os medicamentos utilizados para tratamento dos pacientes internados ou que são submetidos a procedimentos ambulatoriais, são

Produtos armazenados, além de representarem altos custos, ainda possuem sua demanda caracterizada pela grande flutuação. Os resultados indicaram a importância da otimização da padronização de medicamentos no que diz respeito a redução dos custos hospitalares.¹¹

Menores estoques significam menores custos e a redução dos estoques das farmácias hospitalares. Através da utilização de técnicas gerenciais inovadoras, agrega benefícios internos como externos a organização. Então quanto maior a habilidade de uma organização hospitalar e sua farmácia em administrar os produtos de forma adequada, maior será a sua capacidade de oferecer a clientela bens e serviços de qualidade e combater os custos operacionais^{10, 11}. Acredita-se que a Farmácia do HU com um Sistema de Gestão da Qualidade implantado tem as condições ideais de realização do monitoramento dos seus produtos armazenados possibilitando o maior controle e conseqüente, redução de custos.¹²

oriundos das farmácias, que têm que garantir que esses produtos são seguros e que estejam disponíveis no tempo certo para realização do procedimento, sem colocar em risco a vida dos pacientes.

A eficiência do SGQ da farmácia, possibilita o fornecimento de condições desejáveis para que às áreas assistenciais (Hemodinâmica, Terapia Renal Substitutiva e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) possam almejar a certificação ISO 9001:2000.

REFERÊNCIAS

1. Norma Brasileira - NBR ISO 9000:2005. *Sistema de gestão da qualidade*: fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro: ABNT; 2005.
2. Maranhão M. ISO série 9000: versão 2000: *manual de implementação*: passo-a-passo para solucionar o quebra-cabeça da gestão. 8. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
3. Associação Brasileira de Normas Técnicas. *Conheça a ABNT* [capturado 2007 nov 4]. Disponível em: http://www.abnt.org.br/m3.asp?cod_pagina=929.
4. Puri SC. *ISO 9000 Certificação – Gestão da Qualidade Total*. Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark; 1994.
5. Julio Neto, Maia JF. *Farmácia hospitalar*: e suas interfaces com a saúde. São Paulo: Ed. Rx; 2005.
6. Norma Brasileira - NBR ISO 9001:2000. *Sistema de gestão da qualidade*: requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.
7. Hospital Universitário da Universidade Federal Federal do Maranhão. *Relatório de Gestão 2000*. São Luís, 2000.
8. Ferracini FT, Borges WM. *Prática farmacêutica no ambiente hospitalar*: do planejamento à realização. São Paulo: Atheneu; 2005.
9. Associação Nacional das Farmácias. *Farmácia Portuguesa n°1258* [capturado 2008 abr 8]. Disponível em: http://www.anf.pt/site/data/publicações/farmacia_portuguesa/artigo.php.
10. Tenório, MTF, et al, Auditoria em evidências: o auditor e a qualidade da assistência médico-hospitalar. *Revista Médica da Santa Casa de Maceió*, 2002.
11. Mahmud, SDP, et al. Assistência Farmacêutica: ações de apoio à qualidade assistencial. *Infarma*, 2006;18(7/8).
12. Gonçalves AA, et al. *Otimização de farmácias hospitalares*: eficácia da utilização de indicadores para gestão de estoques. XXVI ENEGEP, Fortaleza-CE. 2006.

Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde em unidades mistas do município de São Luís-Ma

Solid waste management of health services mixed units of São Luís-Ma

Allan Serra¹, João Pereira Castro¹, Maria Creusa Batista de Sousa¹,
Maria de Lourdes Hiluy Ribeiro¹, Alcione Miranda dos Santos²

Resumo: No intuito de verificar se o gerenciamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde - RSSS nas Unidades Mistas de São Luis - MA está em conformidade com a legislação vigente, realizou-se um estudo observacional descritivo em duas unidades selecionadas aleatoriamente, denominadas Unidade A e Unidade B, composta por 93 profissionais, dos quais 25 são médicos, 13 enfermeiros, 27 auxiliares de enfermagem e 28 são operacionais, no período de fevereiro a março de 2008. A princípio foi aplicado um questionário com profissionais das unidades em estudo, visando avaliar o conhecimento e aplicação das normas. Em seguida, foi utilizado um formulário de observação, preenchido pelo entrevistador em visita "in loco". Os resultados mostram que as unidades em estudo não possuíam manual ou rotina para o manejo dos resíduos, e que apenas 32,26% dos profissionais entrevistados receberam treinamento, motivo este justificado pelo fato de que apenas a unidade B realizou treinamento. Quanto à segregação dos resíduos, 78,49% relatam que a mesma é realizada no momento e local da geração, porém, a unidade B não segue as normas de segregação. Somente os resíduos perfurocortantes estão em conformidade com as normas. Constatou-se ainda que apesar do transporte interno ter sido feito por carro apropriado para esse tipo de resíduo, não era usado adequadamente, pois transportava os dois tipos de resíduos. Os equipamentos de proteção individual eram usados de forma incorreta em ambas as unidades, como também o abrigo de RSSS não seguiam as normas de padronização. Diante dos resultados encontrados, concluímos que o gerenciamento de resíduos nas duas unidades mistas pesquisadas, não estava em conformidade com as exigências impostas pela legislação vigente.

Descritores: Resíduos sólidos de serviços de saúde; gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde; saúde pública.

Abstract: The study has the objective of analyzing the management of HSR in the health centers in the city of São Luis, according to the current laws. An observative study was performed in two units, randomly selected, named Unit A and Unit B, between february and march of 2008. Those units had 93 professionals: 25 doctors, 13 nurses, 27 nursery assistants and 28 operationals. The first step was the evaluation of the knowledge of the professionals about the management of HSR, and their practices, through a questionnaire. Then, an observation form was filled by the interviewer during the visit to the unit. The results shown that no units had a protocol to the HSR management, only 32,26% - unit B professionals – of the interviewed had been trained, and 78,49% answered that segregation was done in the generation moment. Although, unit B was not following the segregation rules. The only residues handled according to the rules were the perforating ones. Despite of the fact that appropriate car was used to transportation, it wasn't used correctly, because it carried two types of residues. The individual protection equipments were used incorrectly in both units, and the shelters of HSR were not following the standard rules.

Keywords: Health services solid residues; management of the health services residues; public health.

INTRODUÇÃO

O expressivo crescimento de uma sociedade consumista tem gerado lixo em quantidades cada vez maiores, tornando-se imprescindíveis medidas no sentido de minimizar os riscos à saúde e ao meio ambiente¹.

De acordo com Domenéche², "resíduo é tudo que é gerado como consequência não desejada de uma atividade humana e, em geral, de qualquer ser vivo".

1. Alunos do Curso de Especialização de Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.
2. Doutora em Engenharia da Produção. Docente da UFMA

O Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), através da Resolução nº 283/2001³ define que “resíduos de serviços de saúde são aqueles provenientes de qualquer unidade que execute atividades de natureza médico-assistencial humana ou animal”.

A definição quanto aos resíduos de serviços de saúde, abrange os resíduos provenientes das diversas fontes geradoras e constituem resíduos sépticos, ou seja, que contêm ou potencialmente poderão conter germes patogênicos. São produzidos em serviços de saúde, tais como hospitais, unidades mistas, clínicas odontológicas, farmácias, postos de saúde, e qualquer estabelecimento que preste assistência à saúde.

As atividades humanas têm na produção de resíduos uma de suas características inerentes. O fim que é destinado a eles, bem como o seu gerenciamento, é assunto discutido em todas as esferas de governo.

Quando se trata de resíduos de serviços de saúde (RSS), a preocupação é ainda maior, devido ao risco de contaminação ambiental, aos acidentes ocupacionais que podem ocorrer com os funcionários que lidam diretamente com esses resíduos e o perigo das infecções hospitalares. Segundo Ferreira et al³, os efeitos adversos dos RSS no meio ambiente, na saúde coletiva e na saúde do indivíduo são reconhecidos por diversos autores que apontam as eficiências nos sistemas de coleta e disposição final e a ausência de uma política de proteção à saúde do trabalhador, como os principais fatores geradores desses efeitos.

Segundo a RDC 306/2004 da ANVISA⁴ os RSS são classificados em cinco grupos: Grupo A

– Resíduos com a possível presença de agentes biológicos. Subdivide-se em: A1, A2, A3, A4 e A5; Grupo B – Resíduos contendo substâncias químicas; Grupo C – Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos; Grupo D – Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico; Grupo E – Materiais perfurocortantes ou escarificantes.

Diante do exposto, surgiu a necessidade de serem adotadas orientações normativas do CONAMA e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução nº 283/01⁵ e RDC nº 306/04⁴ respectivamente, a serem observadas pelos estabelecimentos de serviços de saúde. Estas resoluções estabelecem, ainda, que cabe à administração do estabelecimento de saúde elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), a ser submetido à aprovação pelos órgãos competentes – Meio Ambiente e Vigilância Sanitária.

Tendo em vista a importância destas considerações e partindo do pressuposto de que as Unidades de Saúde devem seguir as recomendações da legislação vigente para o gerenciamento dos RSS, sentimos a necessidade de realizar um estudo sobre o gerenciamento dos mesmos nas Unidades Mistas de São Luís (MA).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar se o gerenciamento dos RSS nas Unidades Mistas de São Luís-MA está em conformidade com a RDC 306/04⁴ da ANVISA e da Resolução 283/01⁵ do CONAMA.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo, no qual foram observadas características do gerenciamento dos RSS em unidades mistas do Município de São Luís-MA.

O Município de São Luís contém 83 unidades de saúde distribuídas entre hospitais de urgência e emergência, unidades mistas, hospital da criança, pronto socorro, laboratório central, consultórios odontológicos, unidade da saúde da família, SAMU, centro do idoso, centro de saúde e outros.

As Unidades Mistas de São Luís são em número de quatro, fundadas em 1989, com o objetivo de prestar assistência à saúde, em regime ambulatorial, desenvolvida no centro de saúde que a integra.

Fizeram parte deste estudo duas unidades mistas, selecionadas aleatoriamente, as quais serão aqui denominadas Unidade A e Unidade B. O tamanho da amostra foi calculado considerando uma população de 203 profissionais, adotando uma margem de erro de 8% e o nível de confiança igual a 95%. O número total de profissionais foi estimado em 87.

Foram realizados um pré-teste do questionário e um estudo piloto antes do estudo principal.

Primeiramente, em cada Unidade Mista visitada, foi aplicado um questionário aos profissionais das unidades em estudo, visando avaliar o conhecimento

e aplicação das normas pelos mesmos sobre o manejo correto dos RSS. Foram entrevistados médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de serviços gerais.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo receberam todas as explicações necessárias ao entendimento dos objetivos do estudo e suas consequências, como também assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Posteriormente, foi utilizado um formulário de observação, preenchido pelo entrevistador durante a visita às unidades de estudo, com intenção de validar ou corrigir as respostas fornecidas pelos profissionais. O referido formulário visava avaliar a unidade conforme os aspectos técnicos e operacionais determinados pela legislação vigente: segregação (separação dos resíduos no momento de sua geração segundo suas características físicas, químicas, biológicas e radiológicas), acondicionamento, identificação, coleta e transporte internos e armazenamento externo. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2008.

Em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁶, o projeto de estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade

Federal do Maranhão (processo nº 33104-1839/07).

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa EPI INFO 3.3.2 e realizada uma análise

descritiva das variáveis em estudo. As variáveis em estudo são apresentadas por meio de frequências e porcentagens.

RESULTADOS

A amostra em estudo foi composta de 93 profissionais dos quais 25 médicos, 13 enfermeiros, 27 auxiliar de enfermagem e 28 operacionais. Dos 93 profissionais entrevistados, 54 eram mulheres.

De acordo com a observação "in loco", constatamos que apenas a unidade A possuía Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), porém, em nenhuma delas existia manual ou rotinas para o manejo dos resíduos.

As duas unidades possuíam contrato com empresa especializada para coleta e transporte externo e disposições dos RSS, como também possuíam abrigo externo de resíduos, porém nenhuma delas estava de acordo com a RDC 306/04.

Apenas na Unidade B havia registro de treinamento dos profissionais envolvidos na pesquisa sobre o manejo dos RSS, com periodicidade de uma vez ao ano.

Observou-se que somente na Unidade B existia saco branco leitoso com simbologia infectante, entretanto, os mesmos era em número insuficiente para todos os setores como também eram utilizados de forma incorreta. O acondicionamento dos perfurocortantes em ambas as Unidades ocorria de forma correta.

Com relação à coleta e transporte internos de resíduos, foram considerados inadequados nas duas Unidades pesquisadas. Só existia um carro de coleta interna, onde é usado para os dois tipos de resíduos (infectante e comum), não existindo fluxo exclusivo pré-estabelecido com constância de horário.

Nas duas Unidades, os responsáveis pela coleta e transporte dos RSS usavam equipamentos incompletos e inadequados de proteção individual como luvas e máscaras não apropriadas, ausência de gorros, óculos, avental e botas.

Os resultados seguintes referem-se ao conhecimento e aplicação das normas pelos profissionais das unidades em estudo.

Na tabela 1, observa-se que dos profissionais entrevistados apenas 30 (32,26%) afirmam ter recebido algum tipo de treinamento sobre o manejo adequado de resíduo infectante, já em relação a segregação dos RSS, 73 (78,79%) relataram que a segregação é realizada no momento e local da geração e 15 (16,13%) não sabem. Ainda na tabela 1, observa-se que 84 (90,32%) dos profissionais afirmam que os sacos plásticos para acondicionamento dos resíduos infectantes seguem as recomendações da ABNT-NBR nº 7.5007 e 91 (97,85%) que os resíduos perfurocortantes são acondicionados conforme a legislação.

No que se refere à coleta e transporte interno 73 (78,79%) afirmam que a mesma ocorre através de carro de coleta interna e um número significativo, 20 (21,51%), que é feita de forma manual. No que diz respeito à frequência, 82 (88,17%) responderam que esta é feita de acordo com a necessidade.

Quanto ao uso de EPI's, 100% dos entrevistados afirmaram que para a coleta e transporte dos RSS são utilizadas luvas e nenhum dos entrevistados citou o uso dos óculos.

Tabela 1 – Conhecimento dos Profissionais em relação ao Manejo dos RSS. São Luís - MA, 2008.

Parâmetros Avaliados	f	%
Treinamento		
Sim	30	32,26
Não	63	67,74
Segregação		
Sim	73	78,79
Não	05	5,38
Não Sabe	15	16,13
Acondicionamento Resíduo Tipo A		
Sim	84	90,32
Não	09	9,68
Acondicionamento Resíduo Tipo E		
Sim	91	97,85
Não	02	2,15
Rotina para manejo dos RSS		
Sim	20	21,51
Não	38	40,86
Não Sabe	35	37,63
Coleta e Transporte Interno		
Manual	20	21,51
Carro de Coleta Interno	73	78,49
Frequência da Coleta		
Uma Vez / Dia	02	2,15
Duas ou Mais/ Dia	09	09,68
De Acordo com a Necessidade	82	88,17
EPI (uso)		
Luvas	93	100,0
Máscaras	67	72,04
Gorros	24	25,81
Botas	68	73,12
Óculos	00	0,0
Avental	06	6,45

DISCUSSÃO

A questão dos resíduos de serviços de saúde não pode ser analisada apenas do ponto de vista da

transmissão de doenças infecto-contagiosas. Também está envolvida a questão da saúde do trabalhador e a

preservação do meio ambiente.

Das duas unidades pesquisadas, apenas a Unidade A possuía PGRSS, porém em nenhuma delas existia manual ou rotinas para o manejo dos resíduos.

Em artigo publicado pela Revista do Hospital Universitário/UFMA sobre Gerenciamento de resíduos sólidos nos hospitais do município de São Luis, não existiam, em nenhum deles, PGRSS, classificação de resíduos, manual ou rotinas sobre gerenciamento⁸.

Observa-se que dos profissionais entrevistados apenas 32,26% afirmam ter recebido algum tipo de treinamento sobre o manejo adequado de resíduo infectante, motivo este justificado pelo fato que apenas a Unidade B realizou treinamento anual.

Conforme Schneider et al⁹ é de responsabilidade dos dirigentes dos estabelecimentos geradores dos RSS a capacitação, o treinamento e a manutenção de programa de educação continuada para o pessoal envolvido na gestão e manejo dos resíduos. Em um estudo realizado por Nazar¹⁰ sobre gerenciamento dos resíduos sólidos nos postos de saúde da rede municipal de Belo Horizonte, constatou-se que 85,2% dos profissionais nunca receberam nenhum tipo de treinamento sobre RSS.

Em relação à segregação dos RSS, 78,79% relataram que a segregação é realizada no momento e local da geração, porém, constatamos que a Unidade B não segue as normas de segregação, visto que os resíduos comuns se encontravam misturados aos resíduos infectantes. A segregação de resíduos infectantes e resíduos não-infectantes é um método barato que pode resultar tanto numa redução de custos quanto numa redução de risco de infecção para pacientes e funcionários, sugerindo que se implante um programa de segregação baseado no senso comum, sendo este programa específico para cada hospital e suas realidades¹¹.

Quanto ao acondicionamento, 90,32% dos profissionais afirmam que os sacos plásticos para acondicionamento dos resíduos infectantes seguem as recomendações da ABNT-NBR nº 7.500 e 97,85% que os resíduos perfurocortantes são acondicionados conforme a legislação; entretanto, constatamos que na Unidade B o uso dos sacos plásticos não seguia as recomendações da ABNT, ou seja, branco leitoso com simbologia infectante. A NBR 12.807/93¹² define segregação como “operação de separação de resíduos no momento da geração, em função de uma classificação previamente adotada para esses resíduos”.

No Brasil, ainda hoje é comum à utilização de um sistema único para lidar com todos os tipos de RSS, o que resulta no tratamento da totalidade deles como se fosse comum, embora a legislação estabeleça que, quando os resíduos infectantes forem misturados aos comuns, todo resíduo deve ser tratado

como infectante.¹³

No que se refere à coleta e transporte interno 78,49% afirmam que a mesma ocorre através de carro de coleta interna e um número significativo, 21,51%, que é feita de forma manual. No que diz respeito à frequência, 88,17% responderam que esta é feita de acordo com a necessidade. Em nossa observação “in loco”, estes números não condizem com a realidade, pois os resíduos comuns e infectantes são transportados no mesmo carro, não seguem rota e horários pré-estabelecidos, com isso, pode-se inferir que a falta de rotina e treinamento leva a desobediência sobre as exigências das normas vigentes.

De acordo com Schneider et al.⁹ a coleta interna consiste no recolhimento do lixo, no fechamento do saco e no transporte até a sala de resíduos. “A definição da frequência e do horário da coleta junto às unidades geradoras deve ser feita em função das características dos resíduos e da quantidade gerada”.

A RDC 306/2004⁴ da ANVISA entende que o transporte interno consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

Segundo Nazar¹⁰ em postos de saúde na rede Municipal de Belo Horizonte, mostram que todas as unidades foram consideradas adequadas no que diz respeito a frequência no mínimo diária. Quanto à rota, 88,9% foram consideradas inadequadas devido ao cruzamento com funcionários e usuários dentro da unidade.

Quanto ao uso de EPI's, 100% dos entrevistados afirmaram que para a coleta e transporte dos RSS são utilizadas luvas e nenhum dos entrevistados citou o uso dos óculos. A NBR 12.809/93¹⁴ estabelece que para o manuseio dos resíduos infectantes, as pessoas devam usar equipamentos de proteção individual, como: gorro, óculos, máscara, avental, luvas e botas. Vale ressaltar, que no manuseio e transporte dos RSS é exigido o uso do conjunto de equipamentos, o que não se configura como verdade na prática das duas unidades analisadas. Apesar de 100% dos entrevistados afirmarem o uso de luvas, constatamos que as mesmas não são apropriadas para o manuseio do lixo infectante.

No Brasil, a inexistência de um sistema de vigilância de acidentes de trabalho faz com que haja poucos estudos epidemiológicos sobre injúrias ocupacionais envolvendo RSS. Rapparini¹⁵ investigou a incidência de acidentes de trabalho e sua relação com o uso de EPI's entre os funcionários da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. Constatou que uma parte considerável dos acidentes de trabalho ocorre durante o manuseio dos resíduos, sendo que 86% pela falta ou uso inadequado de EPI's.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, podemos concluir que o gerenciamento de resíduos nas

duas unidades mistas pesquisadas não estava em conformidade com as exigências impostas pela

legislação vigente. A legislação visa o bem comum e a qualidade de vida das populações. Por outro lado, a mesma deve ter como base as pesquisas científicas. A mera existência de uma lei não é suficiente para atingir objetivos que se propõe, como no caso da legislação que rege a elaboração e implantação do PGRSS no município de São Luis.

Para tanto, o diálogo entre a ciência, os órgãos competentes, os trabalhadores e a população em geral

é de fundamental importância na busca de soluções para os desafios que se apresentam frente a um ideal. Enquanto isso não ocorrer, a saúde e a qualidade de vida da população encontram-se vulneráveis aos riscos provenientes de um gerenciamento de PGRSS ineficiente e inadequado. A realização de pesquisas que abordem os mais variados aspectos referentes ao gerenciamento dos RSS é cada vez mais importante como forma de embasamento da legislação.

REFERÊNCIAS

1. Siva MFI, Santos BMO. Estudo histórico organizacional da comissão de controle de infecção hospitalar de um hospital universitário. *Medicina*, 2001 abr/jun Ribeirão Preto;34(2): 170-176.
2. Domenéche X. *Química ambiental: el impacto ambiental de los residuos*. Ed. Madri: Miraguano; 2003.
3. Ferreira JÁ, Anjos LA. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. *Cad Saúde Pública*, 2001 maio/junho Rio de Janeiro;17(3):689-696.
4. Brasil. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306 de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF). 2004.
5. Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução nº 283 de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o tratamento e destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília(DF), 1 de outubro de 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 10 de outubro de 1996.
7. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 7500: Identificação para o transporte terrestre, manuseio, movimentação e armazenamento de produtos. 3.ed. Rio de Janeiro: ABNT; 2005. 57p.
8. Branco MRFC, Costa JML. Gerenciamento de resíduos sólidos de hospitais do município de São Luis, MA, Brasil. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*, 2005 set/dez;6(3): 34-38.
9. Schneider VE, et al. *Manual de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: Educ; 2004.
10. Nazar MW, Pordeus IAWerneck MAF. Gerenciamento de resíduos sólidos de odontologia em postos de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte, Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 2005;17(4):327-242.
11. Silva ACN. Critérios adotados para a seleção de indicadores de contaminação ambiental relacionados aos resíduos dos serviços de saúde: uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública*, 2002; 18:1401-9
12. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 12807: Resíduos de serviços de saúde: terminologia. Rio de Janeiro: ABNT; 1993. 3p.
13. Salomão IS et al. Segregação de resíduos de serviços de saúde em centros cirúrgicos. *Eng Sanit Ambien*, 2004 abr/jun; 9(2).
14. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 12809: Manuseio de resíduos de serviços de saúde: procedimento. Rio de Janeiro: ABNT; 1993. 4p.
15. Rapparini C. *Implementação de um programa de Vigilância Instituição de Quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV no Município do Rio de Janeiro*. [Dissertação] Rio de Janeiro(RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro.1999.

A importância da auditoria dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde na esfera municipal na visão do auditor

The importance of health services audit in the Unified Health System on the municipal sphere in the auditor vision.

Adriana da Silva Duarte¹, Lisandra Maria Martins Fernandes¹, Arlene de Jesus Mendes Caldas²

Resumo: A auditoria é a avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente. O artigo apresenta uma pesquisa de campo do tipo explorativo-descritiva, com abordagem quantitativa, com o objetivo de demonstrar a importância da auditoria dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS na esfera municipal na visão do auditor. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com os auditores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís-MA, no período de abril a maio de 2008. Os resultados mostraram que 100% dos auditores de saúde da Secretaria de Saúde Municipal de São Luís consideram de alta relevância o serviço de auditoria no SUS e 83% consideram advertência a penalidade mais aplicada durante a realização das auditorias, 12% responderam ser a suspensão de pagamento dos serviços. Na opinião de 74% dos auditores, o número de auditores no município é insuficiente, enquanto 53% afirmaram que a forma mais utilizada pela sociedade para reivindicar ações da auditoria são as denúncias ao Ministério Público, sendo que 37% responderam que o Conselho de Saúde é a forma mais utilizada para realização de denúncias. Os auditores informaram que apesar do Sistema de Saúde ainda possuir um número reduzido de profissionais o trabalho de auditoria agregou um grande valor ao Sistema Único de Saúde, melhorando a qualidade e oferecendo maior controle da prestação dos serviços.

Descritores: Auditoria de Saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde.

Abstract: The article presents a field research of explorative-descriptive type, with quantitative boarding, with aim to demonstrate the importance of health services audit in the Unified Health System on the municipal sphere in the auditor vision. The companionable collect was realized thru healthy audits in the São Luís-MA municipe, in april to may period. The outcomes showed what 100% audit health from Secretaria Municipal of Health in São Luís considerate the high relevance in the audit service into the Unified Health System and 83% considerate admonition and punishment more applied during the auditings realization, 12% answered what the more applied punishment is the service payment suspension. The opinion of 74% from the audits, the number of auditor into the county is insufficient, 53% stated that the shape more used by society about to lay claim actions from audit are the Ministry Public denuntiations, being what 37% answered what the Health Counsel is the more used form to realization denunciations. The audits demonstrated on research what in spite of the Health System still own a reduced professionals number the work of audit aggregated a big value to the Unified Health System, improving the brand and offers major control from service installment.

Keywords: Health auditorship; Brazilian unified health system; Health services.

INTRODUÇÃO

O Setor de Saúde no Brasil vem passando por um processo de mudanças. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características valorizar a esfera municipal.

Nos últimos anos, apesar de não ter sido efetivada a descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil, alguns movimentos fizeram com que os municípios assumissem cada vez mais as ações de auditoria e supervisão de serviços de saúde, com

iniciativas que vão desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e SUS, legislação especificada nas leis 8.080/90, 8.142/90, até as Normas Operacionais Básicas 01/91, 01/93 e 01/96¹.

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi previsto pela Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, sob competência do SUS,

¹ Alunas do Curso de Especialização em Auditoria da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Doutora em Patologia Humana. Docente da UFMA

e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios².

Apesar de a referida lei ser do ano de 1990, o SNA só foi criado de fato em 1993, através do Art. 6º da Lei 8.689³, desencadeando assim a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essa lei induz uma reestruturação de grande repercussão no Ministério da Saúde, além da transferência de serviços e doação ou a cessão de bens patrimoniais do INAMPS, repassados ao Fundo de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município, que se tornaram “responsáveis pela execução dos serviços, os recursos financeiros que a esfera federal vem aplicando na sua manutenção e funcionamento”³. Os servidores ocupantes de cargos efetivos no INAMPS passaram a integrar o Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde.

Em 1995, através do Decreto 1.651⁴, o SNA é regulamentado e tem definidas as suas competências nos três níveis de gestão: Federal, Estadual e Municipal. A Lei nº 9.649⁵, de 27 de maio de 1998, dentre outras disposições, define ainda as áreas de competência, cabendo ao Ministério da Saúde, como função legal a coordenação e fiscalização do SUS.

Após a reestruturação do Ministério da Saúde, o SNA adquire nova organização, através da Portaria MS 1.069⁶ do Gabinete do Ministro, de 19 de agosto de 1999, passando a funcionar da seguinte forma: de Controle e Avaliação ficam com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e as atividades de Auditoria com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), representado em todos os Estados da Federação e no Distrito Federal. De acordo com a reestruturação regimental do SNA, decreto 3.496⁷ de 2000, ao DENASUS compete determinar as responsabilidades dos órgãos de Auditoria, controlar e avaliar a correção de irregularidades praticadas no SUS e, ainda, dar assistência direta e imediata ao

Gabinete do Ministro.

Auditoria consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio de outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. Tem como objetivo maior propiciar à alta administração informações necessárias ao exercício de um controle efetivo sobre a organização ou sistema, contribuir para o planejamento e re-planejamento das ações de saúde e para o aperfeiçoamento do sistema⁸.

Dentro desse contexto, a avaliação da importância da auditoria para o Sistema Único de Saúde na esfera municipal na visão dos auditores visa contribuir para identificar a metodologia mais utilizada para que esse trabalho seja feito com eficiência. Também identificar o perfil do auditor que hoje atua na Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís (MA). O debate a respeito do tema é tanto mais oportuno, quando se aprofundam nesse momento da história do SUS as discussões acerca do processo de municipalização dos serviços de saúde no país.

Sendo assim, abordagem do tema na esfera municipal, contribuirá como subsídio para estudos futuros acerca do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que a implantação do trabalho de auditoria no setor de saúde do Brasil pode ser vista como uma inovação que implicou no fortalecimento da gestão do trabalho no SUS, bem como na qualificação e humanização de sua gestão.

Esse trabalho se propõe a analisar a importância da auditoria do Sistema Único de Saúde de responsabilidade da esfera municipal, no município de São Luís, Maranhão.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo com enfoque quantitativo com os auditores lotados na Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís-MA, no período de abril a maio de 2008.

Utilizou-se um questionário com perguntas fechadas contendo questões que permitiram a verificação da importância da auditoria no Sistema Único de Saúde.

A população foi constituída por todos os auditores que desenvolvem o trabalho de auditoria no município de São Luís - MA, na Secretaria Municipal, durante o período em que transcorreu esta pesquisa. As entrevistas tiveram a duração média

de 15 minutos e foram realizadas em diversos locais no qual os 35 auditores se encontravam. A coleta de dados foi realizada após os auditores dos serviços de saúde serem esclarecidos sobre o estudo, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (UFMA) - protocolo nº 1.984/07.

Os dados foram tabulados e posteriormente analisados, nos programas Microsoft Office Word e Microsoft Office Excel, respectivamente, e em seguida apresentados em frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Foram entrevistados o total de 35 auditores da Secretaria Municipal de Saúde Municipal de Saúde do município de São Luís. Quando perguntados sobre qual o grau de relevância da auditoria no SUS no desempenho de atividades pertinentes, todos

responderam que é relevante (100%).

Com relação ao método mais importante para a prática de auditoria a maioria dos entrevistados (77%) respondeu que considera de maior relevância o método de auditoria programada, sendo que 14%

consideram mais importante a auditoria de perícia e 9% dos auditores consideram de maior importância a auditoria de denúncia. (Figura 1)

Dentre as penalidades mais aplicadas decorrentes das não-conformidades após a realização das auditorias, a maioria dos entrevistados (83%) responde que as penalidades mais aplicadas são as advertências. Em segundo lugar, vem a suspensão de pagamento dos serviços de acordo com 12% dos entrevistados. Em terceiro lugar está a suspensão do atendimento temporário ou definitivo correspondente às respostas de 5%. Nenhum dos auditores considerou às multas como penalidade mais aplicada. (Fig. 2)

Com relação ao número de Auditores do Sistema Único de Saúde em São Luís-MA, mais da metade dos entrevistados (60%) consideraram insuficiente o número de auditores disponíveis no setor e 40% dos entrevistados consideraram contingente

suficiente. (Figura 3)

As formas mais utilizadas pela sociedade para reivindicar ações da Auditoria Pública, de acordo com respostas obtidas, em primeiro lugar, foram denúncias ao Ministério Público (57%), em segundo lugar, as denúncias ao Conselho de Saúde (34%) e em terceiro lugar, denúncias por anonimato (9%). (Figura 4)

Foi identificado que dos 35 auditores, 86% são graduados em Medicina, 11% em Enfermagem e somente 3% em Odontologia, sendo que 37% têm mais de 15 anos de atuação como auditor. Nesse universo, 54% são do sexo feminino e 46% do sexo masculino. Quanto a faixa etária, predominante está entre 46 a 61 anos, correspondendo a mais da metade (60%) dos entrevistados e 34% compreendem a faixa etária de 35 a 45 anos, apenas 6% estão na faixa etária acima de 70 anos. (Tabela 1)

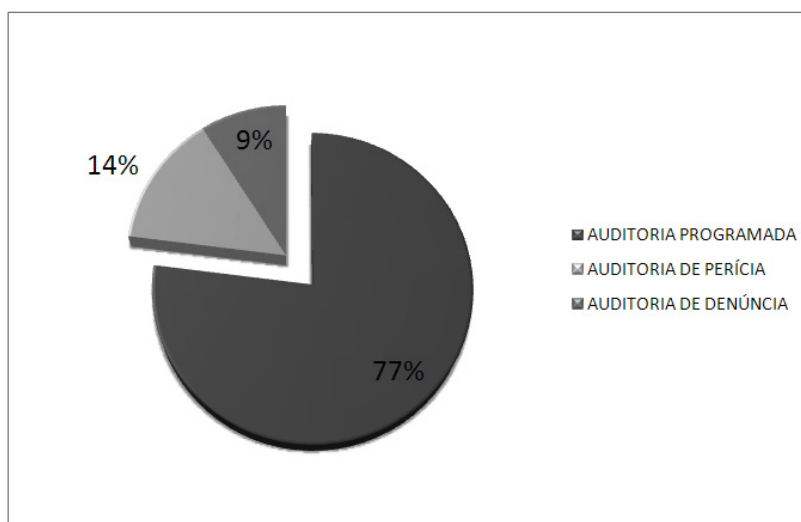


Figura 1 - Método mais importante para a prática de auditoria. São Luís - MA, 2008.

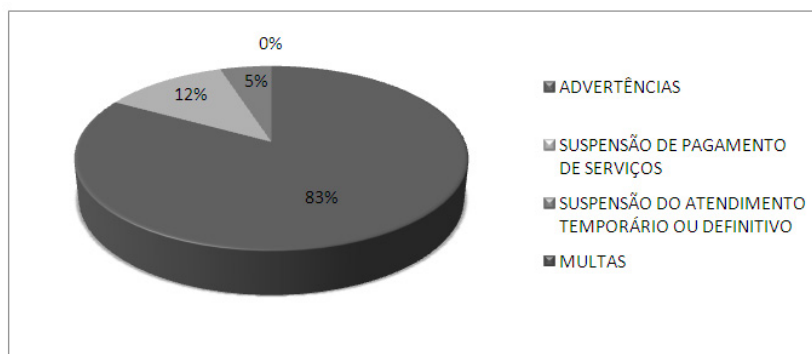


Figura 2 - Penalidades mais aplicadas decorrentes das não-conformidades após a realização das auditorias. São Luís - MA, 2008.

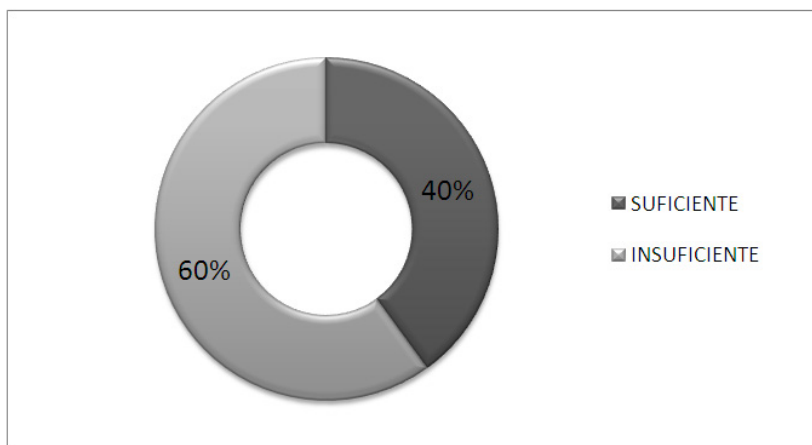


Figura 3 - Número de Auditores do Sistema Único de Saúde. São Luís – MA, 2008

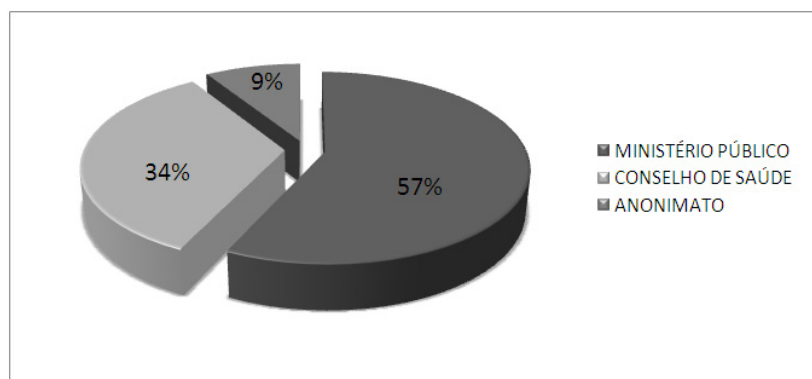


Figura 4 - Formas utilizadas pela sociedade para reivindicar ações da Auditoria Pública. São Luís - MA, 2008.

Tabela 1 - Formação acadêmica dos entrevistados e tempo de atuação na área. São Luís – MA, 2008.

Variáveis	f	%
Formação acadêmica		
Médico	30	86
Dentista	1	3
Enfermeiro	4	11
Tempo de atuação		
6 – 11 meses	2	6
1 – 3 anos	8	23
4 – 6 anos	4	11
7 – 10 anos	5	14
11 – 14 anos	3	9
15 – 18 anos	7	20
19 – 22 anos	5	14
23 – 25 anos	1	3
Sexo		
Masculino	16	46
Feminino	19	54
Idade		
35 – 40 anos	10	28
41 – 46 anos	1	3
47 – 52 anos	12	34
53 – 58 anos	8	23
59 – 64 anos	2	6
65 – 70 anos	1	3
71 – 75 anos	1	3
Total	35	100,0

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa escolheu-se avaliar a relevância da auditoria para os auditores de saúde do município de São Luís. Todos os auditores entrevistados consideram de grande importância a existência do trabalho de auditoria no Sistema Único de Saúde para seu melhor funcionamento. Esses dados estão em conformidade com Rocha, Silveira Filho e Sant'anna⁹.

Segundo o Ministério da Saúde (MS)⁸ a auditoria programada é aquela que se caracteriza como auditoria regular tendo uma rotina periódica e sistemática dentro do que preconiza o manual de normas de auditoria do MS. Foi constatado neste estudo que a auditoria programada é a modalidade de maior relevância, este dado se confirma pela forma como ela é desenvolvida que favorece um trabalho sistemático. Ficando como menor relevância no processo de auditoria do SUS as auditorias de perícia e denúncias.

Barzelay¹⁰ enfatiza que a auditoria consiste em uma forma de investigação que tem o intuito de verificar o cumprimento de critérios e ações. Identificou-se que o cumprimento das ações é realizado pelos auditores de saúde por meio de advertências. Observou-se também que nenhum dos auditores entrevistados assinalou como penalidade a aplicação de multas, o que demonstra que a auditoria hoje assume um caráter educativo e orientativo, não sendo vista como mecanismo de punição dos prestadores de serviços de saúde.

Nesse estudo, a maioria dos auditores demonstrou insatisfação com o número de profissionais contratados para o serviço de auditoria, tendo em vista que consideraram insuficiente o quantitativo de auditores disponíveis para cobrir toda a rede municipal, resultado semelhante foi encontrado por Rocha, Silveira Filho e Sant'anna⁹.

Das inúmeras formas de denúncias disponíveis à sociedade, os auditores de saúde apontam que o Ministério Público é o mecanismo mais utilizado pela comunidade para a realização de denúncias. Segundo Ministério da Saúde em sua cartilha do SUS¹¹, a sociedade pode reivindicar seus direitos assim como denunciar a deficiência da prestação de serviço a diversos órgãos dentre eles o Ministério Público seja estadual ou federal.

Segundo o Ministério da Saúde, em 1983 se reconhece o cargo de médico-auditor e a auditoria passa a ser realizada nos próprios hospitais¹². Em nossa pesquisa fica evidente que além de serem os pioneiros a atuarem nos serviços de auditoria de saúde os graduados em medicina ainda predominam como maioria no rol de auditores de saúde do SUS, sendo que esse espaço vem sendo ocupado por outras graduações, tais como enfermagem e odontologia. Dentre os auditores que hoje atua na Secretaria Municipal de Saúde de São Luís em sua maioria, são profissionais com vasta experiência no trabalho de auditoria do SUS.

CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS é reconhecido por ser um moderno modelo de organização dos serviços de saúde pública, sendo considerado referência para outros países. No entanto, o SUS vem sofrendo sérias dificuldades no que diz respeito ao seu financiamento e aplicação dos recursos, inviabilizando sua implantação efetiva. Nesse contexto, o trabalho de auditoria visa entre outros aspectos, controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema.

Os auditores entrevistados possuem certa

uniformidade em suas considerações acerca dos questionamentos apresentados. Foram unânimes em afirmar que o trabalho da auditoria é de suma importância e sua atuação pode contribuir para melhor desempenho dos serviços prestados pelo SUS. Entretanto, para que isso aconteça, acredita-se que, entre outros desafios, seria necessário ampliar o quadro, assegurar uma diversidade na formação dos profissionais, bem como fortalecer os caminhos para que a sociedade possa contribuir com a efetivação do SUS, por meio da ação dos auditores.

REFERÊNCIAS

1. Caleman G. *Auditoria, controle e programação de serviços de saúde*. v.5. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990 set;182(20): 18055, seção I.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 de jul 1993;10573.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 1995 2 de out;15340, seção I.
5. Brasil. Lei Nº 9.649, de 27 de maio de 1998. Dispõe sobre a organização da Presidência

- da República e dos Ministérios, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1998 28 de maio;5, seção I.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.069, de 19 de agosto de 1999*. Dispõe sobre a reorganização da atividade de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde[capturado em abr 24]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Decreto nº 3.496 de 01 de junho de 2000*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências[capturado em abr 24]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Normas de Auditoria*. In: Prado, Deildes de Oliveira. et al. Brasília: Ministério da Saúde;1998.
9. Rocha EEM, Silveira Filho IB, Sant'ana TRF. *A importância da auditoria no Sistema Único de Saúde*. Salvador: Ministério da Saúde; 2002. 29 p.
10. Barzelay M. Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE. *Revista do Serviço Público*, 2002 abr/jun;53(2): 5-35.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Cartilha do SUS: o SUS no seu município garantindo saúde para todos*. Brasília [capturado em abr 24]. Disponível em: http://www.idec.org.br/arquivos/cartilha_SUS.doc.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. *Regionalização Solidária e Cooperativa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p.(Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

Glosas hospitalares: estudo comparativo realizado antes e depois da implantação dos serviços de auditoria de contas médicas

Glosses hospital: comparative study before and after the implementation of audit services for medical accounts.

Cláudio Lurine Guimarães¹, José Batista de Holanda¹, Josenice Ribeiro Souza Moraes¹, Arlene de Jesus Mendes Caldas²

Resumo: Glosas Hospitalares são impugnações de despesas ou de recursos repassados mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos similares. O estudo teve como objetivo analisar comparativamente as glosas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, antes e depois da implantação do Serviço de Auditoria de Contas Médicas. Realizou-se um estudo retrospectivo, utilizando-se a internet para a retirada dos extratos das glosas e dados obtidos no Setor de Contas Hospitalares. Utilizou-se, ainda, um formulário como instrumento de pesquisa, elaborado pela equipe de pesquisadores. Os dados foram classificados e tabulados no Banco de Dados da Microsoft Excel e, posteriormente, foram apresentados em termos percentuais. Considerando os resultados obtidos, a instituição tinha muito prejuízo com a alta incidência de glosas, chegando até a 43,93% no mês de janeiro/2001, e desde a implantação desses Serviços, as glosas diminuíram significativamente, como mostra o resultado no mês de janeiro/2007 com 9,49% de glosas. Concluiu-se que as glosas hospitalares trazem prejuízos à Instituição, mas com a criação de equipe de auditores de contas médicas, elas têm diminuído gradativamente, enquanto são observadas ações positivas na qualidade das informações.

Descritores: Glosas Hospitalares; Auditoria de Contas Médicas; Auditoria interna.

Abstract: Hospital Gloss are Impugnations of expenditure or resources passed through agreement, agreement, adjust or other similar instruments. The study aimed to examine the comparatively gloss University Hospital at the Federal University of Maranhão, before and after the deployment of the Office of Audit of Accounts Medical. There was a retrospective study using the internet for the withdrawal of extracts from gloss and data obtained in the Division of Accounts Hospital. It was used, even a form as a search tool, produced by the team of researchers. Data were tabulated and ranked in the Database of Microsoft Excel and, the results were presented in percentage terms. Considering the results, the institution was much damage to the high incidence of gloss, arriving to 43.93% in the month of January/2001, and since the deployment of such services, the gloss are declining significantly, as the result shows in the month of January/2007 with 9.49% of gloss. It was concluded that the hospital gloss bring harm to the institution, but with the creation of team of auditors from medical accounts, they have gradually diminished, while positive actions are observed in the quality of the information.

Keywords: Hospital Gloss; Medical Audit of Accounts; Internal audit.

INTRODUÇÃO

Como o segmento de administração hospitalar tem passado por consideráveis transformações, apontando uma necessidade crescente com a continuidade das operações e com a forma de atendimento aos pacientes, muitas estratégias vêm sendo discutidas no controle das Glosas Hospitalares nas Instituições de Saúde Pública. Nessas condições, se estabelece uma nova especialidade para os profissionais de saúde: a Auditoria de Contas Médicas¹.

De acordo com a Assessoria e Consultoria

Médica Empresarial², a auditoria hospitalar é uma atividade de avaliação independente e de assessoramento na administração de planos de saúde, voltada para o exame e análise da adequação, eficácia, economicidade e qualidade de prestadores de serviços de saúde, com observância de preceitos éticos e legais tais como: promover processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento; divulgar e incentivar a ética médica.

O objetivo da auditoria médica é garantir a qualidade da assistência prestada e o respeito às

1. Alunos do Curso de Especialização de Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Enfermeira, Doutora em Patologia Humana. Docente da UFMA.

normas técnicas, éticas e administrativas, previamente estabelecidas.

Para SÁ³, “glosas são as correções que o auditor faz das inconformidades encontradas nas contas médicas hospitalares, baseados nas tabelas e contratos previamente firmados entre o Prestador e o Pagador dos Serviços de Saúde.”

O manual de Orientações Técnicas Sobre Aplicação de Glosas em Auditoria no SUS⁴ rege que o ato de glosas hospitalares deve ser baseado pelos auditores segundo os seguintes dispositivos legais:

- a) Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 – Normas Gerais de Direito financeiro para União/Estados/DF, (At.62 e 63);
- b) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, (Art.33,& 4º);
- c) Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 – Regulamenta o SNA no Âmbito do Sistema Único de Saúde, (Art. 2º e 3º);
- d) Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006 - Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde - MS, e dá outras providências;
- e) Portaria GM/MS nº 402, de 31 de março de 2001 – Estabelece a força de trabalho do DENASUS para a execução de atividades de auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A aplicação da glosa é efetuada quando não há conformidades, sendo assim, é importante observar os seguintes procedimentos:

- a) A prática do ato ilegal quando constatado a má fé, recomenda-se a responsabilização dos autores do ato e da autoridade administrativa competente com envio para o Ministério Público;
- b) A prática do ato indevido em que não seja constatada a má fé gera ações de recomendações ao gestor e/ou ressarcimento ao erário.

De acordo com a regulamentação do Sistema Único de Saúde⁵ são inúmeros os motivos das glosas, cerca de 122 (cento e vinte e dois). Quando forem observadas situações impróprias ou irregulares deverão ser examinadas as consistências da documentação. Não sendo constatada a veracidade das informações colhidas, deverá ser aplicada a glosa de acordo com a legislação vigente à época de abrangência da auditoria. Somente deve ser sugerida a glosa total em situação onde a equipe de auditoria já tenha esgotado todas as providências no sentido de comprovar a realização do procedimento ou ato

médico que está sendo auditado.

Na maioria dos hospitais, o gerenciamento de auditoria e controle de glosas é um processo crítico para a saúde financeira das instituições, uma vez que o Sistema Único de Saúde – SUS somente efetua pagamento das cobranças de Autorização de Internações Hospitalares (AIH's), apresentadas nas Contas Hospitalares dos pacientes que estejam de acordo com as regras estabelecidas e tabelas de procedimentos. Sem um Serviço de Auditoria efetivo e controle de glosas, os hospitais, muitas vezes, não atuam preventivamente para evitá-las, e, na maioria das vezes, não conseguem recuperar os valores glosados junto ao SUS, deixando de receber por procedimentos ou serviços realizados⁶.

O setor público é o principal financiador das internações hospitalares. As informações geradas com essas internações vão constituir o Sistema de Informações Hospitalares do SUS por meio da informatização dos dados dos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Este formulário é um documento hábil à autorização de internação contendo identificação do paciente e dos serviços a ele prestados. É através desse documento que os Hospitais e profissionais contratados cobram do SUS esses serviços. Os dados da AIH processados não passam por um processo de consistência rígido sendo passíveis de erros que prejudicam a integridade dos dados e das informações necessárias aos gestores do SUS⁷.

Outra consideração a ser feita, é o fato do formulário de AIH ter como objetivo principal o reembolso dos serviços hospitalares prestados ao paciente, fazendo com que a importância maior seja dispensada às informações contidas no prontuário, podendo, assim, minimizar o número de glosas. Portanto, é essencial obter uma visão mais ampla do funcionamento do Serviço de Auditoria de Contas Médicas e seus benefícios para o Serviço de Cobrança de Contas Hospitalares junto ao SUS.

Considerando-se a escassez de estudos a respeito do assunto proposto e sua relevante importância na administração das Contas Médicas, o tema deste trabalho surgiu da observação informal do desempenho da Auditoria das Contas Médicas do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA no controle das Glosas Hospitalares, mais especificamente, no que tange às Internações Hospitalares.

MÉTODOS

O Hospital Universitário é uma instituição pública de relevância para a saúde da população e para as atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária. A história desta Instituição reporta-nos aos Hospitais Presidente Dutra e Materno Infantil, do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, cedidos em 15(quinze) de dezembro de 1990 à Universidade Federal do

Maranhão e que se transformaram no complexo hospitalar – Hospital Universitário. A publicação no Diário Oficial da União foi em 17/01/1991.

O Hospital Presidente Dutra foi inaugurado em 28/07/1961, pelo Presidente da República Dr. Jânio da Silva Quadros, com 185(cento e oitenta e cinco) leitos; já o Hospital Materno Infantil foi inaugurado em 05/08/1984, pelo Presidente da República, General

João Batista de Oliveira Figueiredo, com 209 leitos.

Com relação ao Serviço de Auditoria Médica hospitalar, este vem funcionando efetivamente desde setembro de 2001, e, conta com 8 auditores, que fazem a revisão e análise dos prontuários antes de serem encaminhados ao setor de cobrança da Unidade.

O estudo proposto teve como objetivo principal fazer a análise comparativa dos itens glosados com maior frequência, no período de ago/2000 a set/2001, período que antecede a implantação do Serviço de Auditoria de Contas Médicas e período de ago/2003 a jul/2007, após a referida implantação.

Após o Projeto de Pesquisa ser apreciado e aprovado na Comissão Científica (COMIC) da respectiva Instituição, realizou-se um estudo descritivo sobre as glosas hospitalares.

A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2008, fazendo-se um levantamento analítico no

Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS - DATASUS, via Internet. Utilizou-se, ainda, um formulário como instrumento de pesquisa, elaborado pela equipe de pesquisadores, em que foram coletados os dados referentes às glosas nos períodos citados e, também através dos relatórios de apresentação mensal de AIH's no Setor de Contas Hospitalares para obter o quantitativo geral de apresentação das cobranças mensais e assim obter o percentual glosado.

As informações coletadas foram analisadas quantitativamente utilizando-se o programa Microsoft Excel, para serem manipulados os dados e organizados por períodos mensais e apresentados por meio de figuras. Utilizou-se como critério os itens glosados acima de 50, para as demonstrações gráficas anuais, e na demonstração geral utilizou-se a quantidade total de glosas.

RESULTADOS

Na Figura 1, observou-se que o tipo de glosa que teve maior incidência foi o bloqueio de AIH's (as AIH's bloqueadas pelo gestor ocorrem por vários motivos: quando ultrapassa o teto financeiro estipulado ou determinado pela contratualização; quando a Instituição não está autorizada a realizar determinado procedimento e inconsistências de acordo com a padronização do DATASUS), chegando até a 41,04% no mês de jan/2001, ano em que antecede a implantação da auditoria de contas médicas, também encontrou-se glosas referentes à AIH de homônimo (2,89%), (as glosas referentes as AIH's de homônimo referem-se àquelas em que o mesmo paciente faz mais de um procedimento, necessitando de mais de uma numeração de AIH, pacientes recém-nascidos gemelares, e nas reinternações quando realizadas na mesma competência. Para que essas AIH's não sejam glosadas devem ter autorização prévia do Gestor Local).

Os períodos mensais que não aparecem nas

figuras, são os que não atingiram a quantidade de frequência igual ou maior que 50.

Levando-se em consideração a Figura 1, verificou-se que após um ano de efetivo serviço da equipe de auditoria houve um decréscimo na quantidade de glosas, quando no mês de ago/2003, observou-se o resultado de 31,13% de glosas bloqueadas pelo gestor. Apareceu outra modalidade de glosa, a tipo do ato profissional incompatível que dizem respeito àquelas em que há uma inconsistência na codificação das contas. Figura 2.

Referente ao último período analisado houve progressivamente o decréscimo das glosas. Em se comparando-se com o mês de maior incidência no primeiro ano analisado após a implantação dos serviços de auditoria de contas médicas (43,93%, em jan/2001), em jan/2007 foi o mês de maior incidência chegando a 9,49% de AIH's de glosas bloqueadas pelo gestor. Observou-se também o surgimento de outro tipo de glosa: paga em outro processamento

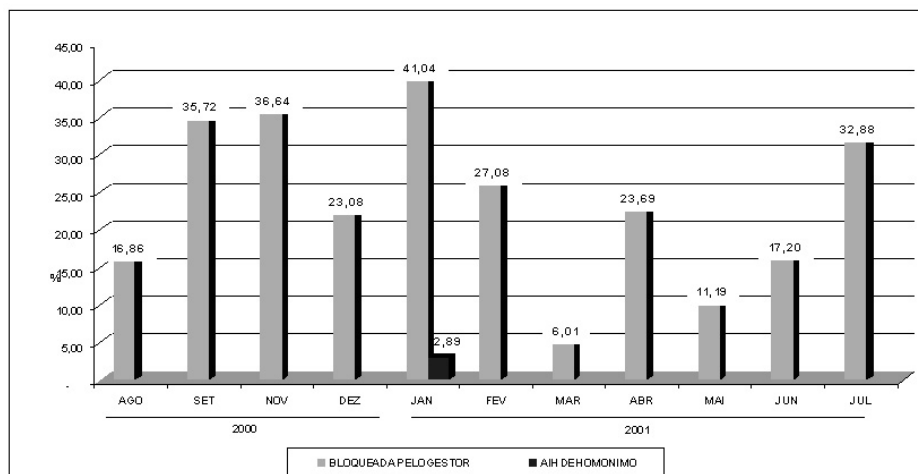


Figura 1 - Glosas de AIH'S do HUUFMA no período de Ago/2000 A Jul/2001 - São Luís / MA.
Fonte: DATASUS.

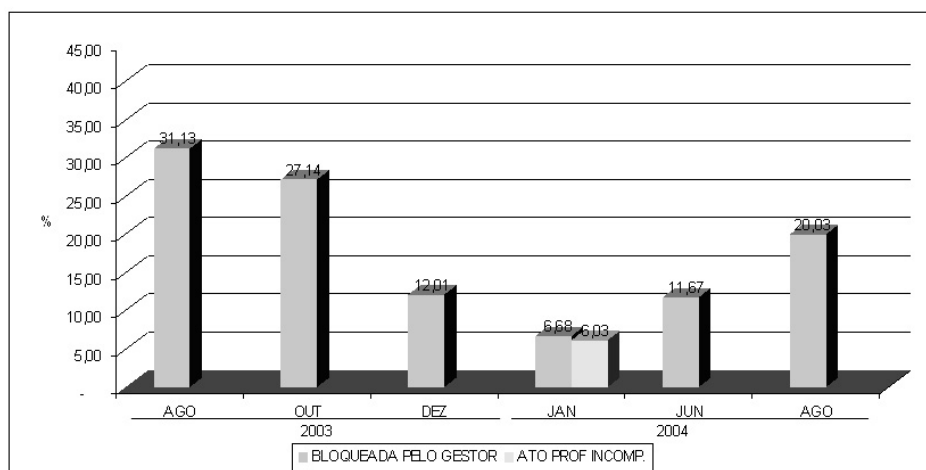


Figura 2 - Glosas de AIH'S do HUUFMA no período de Ago/2003 a Jul/2004 – São Luís / MA
Fonte: DATASUS.

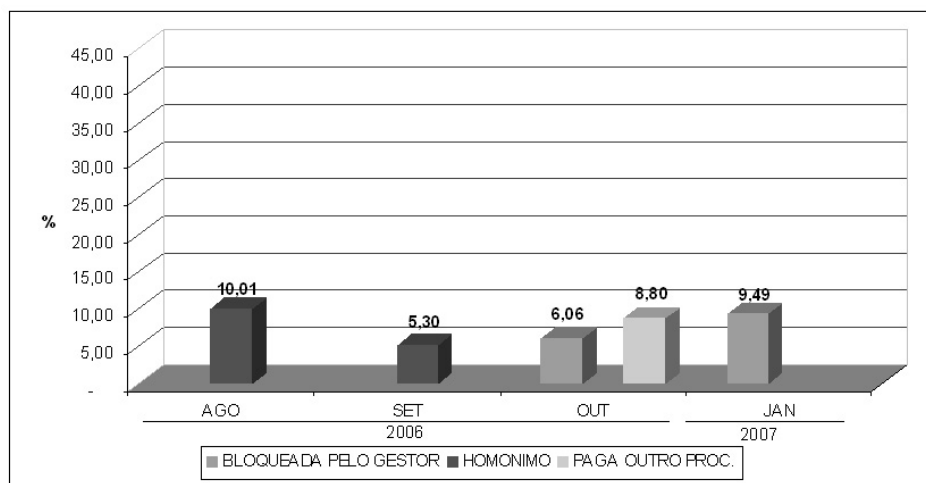


Figura 3 - Glosas de AIH'S do HUUFMA no período de Ago/2006 a Jul/2007 – São Luís / MA.
Fonte: DATASUS.

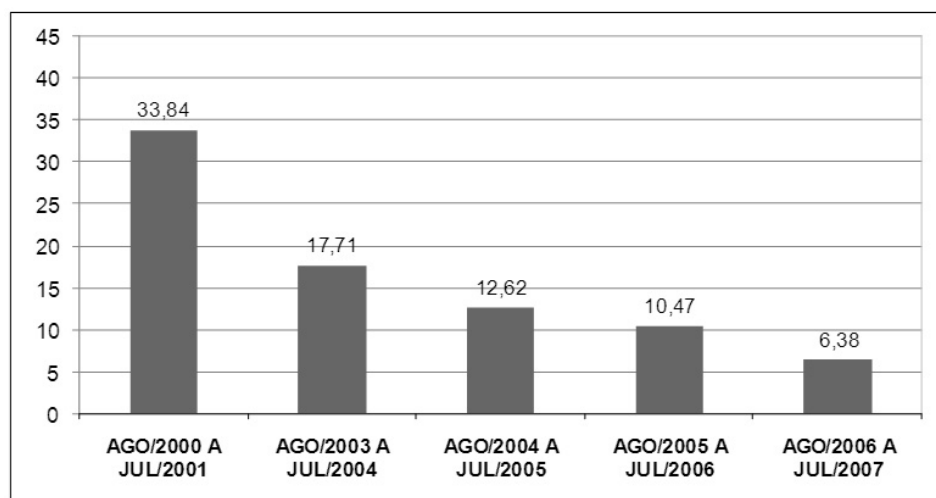


Figura 4 - Percentual geral de AIH's glosadas no período antes e depois da implantação da auditoria no HUUFMA – São Luís / MA
Fonte: DATASUS.

(referem-se àquelas que por erro no processo de cobrança foram reapresentadas). Figura 3.

No ano que antecede a implantação dos

Serviços de Auditoria, a Instituição teve 33,84% de glosas, e no último período analisado, observou-se um decréscimo chegando a 6,38%. Figura 4.

DISCUSSÃO

Brito⁸ enfatizou em seu estudo sobre a importância da auditoria interna hospitalar na gestão estratégica dos custos hospitalares que a auditoria interna hospitalar exerce papel de extrema importância na gestão estratégica dos custos no ambiente hospitalar, no cotidiano das instituições, pois sua função de fiscalizar, analisar e relatar informações e alternativas de ação para os hospitais é fator decisivo para a otimização dos resultados e manutenção da saúde econômico-financeira do hospital.

Durante o estudo, buscou-se verificar a importância da auditoria no controle das Contas Médicas e encontrou-se resultados positivos, assim como outros autores, enfatizando, ainda que a auditoria de contas deva trabalhar juntamente com a auditoria interna, “é uma atividade em franco desenvolvimento e de grande importância para a administração de uma companhia. Tanto isto é verdade que a existência de uma auditoria interna eficiente e atuante é considerada como um ponto forte de controle interno.”⁹

No estudo de Kobus¹⁰, que teve como tema “Dados Essenciais para a Auditoria de Contas Médicas Hospitalares: experiência em Curitiba-PR”, a autora destacou o impacto relevante devido

à velocidade em que as novidades tecnológicas avançam, e a interposição entre as ciências torna-se uma necessidade.

Neste contexto, é muito importante que a equipe de profissionais de áreas distintas, que tratam dos Serviços de Contas Médicas, tenha uma visão estratégica, valorizando o papel da sistematização da informação como um diferencial competitivo, uma vez que todos os processos disponíveis de cobrança junto ao SUS são informatizados, e está sempre se atualizando.

Em se tratando do tema proposto foram encontrados poucos estudos sobre o assunto. Alguns estudos realizados sobre auditoria, mas sobre glosas hospitalares, especificamente, encontrou-se o artigo que destaca a importância das anotações de enfermagem para as instituições de saúde⁸. Nesse estudo, é destacada a eficácia dessas anotações no controle da glosas hospitalares, uma vez que a partir dessas anotações é possível reaver cerca de 87,7% do custo glosado, e enfatiza que todo serviço prestado ao cliente durante seu período de internação é cobrado e depende de anotações da equipe no prontuário para ser incluído nas Contas Hospitalares.

CONCLUSÃO

Com relação ao estudo supracitado, concordamos com a eficácia dessas anotações, pois os trabalhos da equipe dos auditores são voltados para que haja essa conscientização dos profissionais do devido preenchimento dos prontuários para a cobrança das Contas Hospitalares. Essas cobranças são baseadas especificamente nas informações contidas nos prontuários, tanto da equipe de enfermagem como de todos os profissionais envolvidos no preenchimento deste.

Diante do exposto, observamos que a questão das glosas hospitalares traz prejuízos, mas, com a criação de equipe de auditores, são observadas ações positivas em vários aspectos, como:

- a) Melhoria da qualidade no atendimento;
- b) Diminuição de erros na codificação dos procedimentos;

- c) Aumento no faturamento do hospital;
- d) Manutenção da integridade dos prontuários;
- e) Confiabilidade das informações tanto para a Instituição auditada quanto para o Sistema de Informação Hospitalar do SUS, através do DATASUS.

Sem um Serviço de Auditoria efetivo e controle de glosas, os hospitais, muitas vezes, não atuam preventivamente para evitá-las, e, na maioria das vezes, não conseguem recuperar os valores glosados junto ao SUS, deixando de receber por procedimentos ou serviços realizados. Concluiu-se que as glosas hospitalares trazem prejuízos à Instituição, mas com a criação de equipe de auditores de contas médicas, elas têm diminuído gradativamente, trazendo benefícios e qualidade nas informações utilizadas no Setor de cobranças do HUUFMA.

REFERÊNCIAS

1. Motta JM. *Auditoria: princípios e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1992.
2. *Curso em Auditoria e Análise de Contas Hospitalares*. Brasília: Assessoria e Consultoria Médica Empresarial; 2003.
3. SÁ AL. *Auditoria Básica*. Rio de Janeiro: Tecnoprint Ltda; 1994.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Orientações Técnicas Sobre Aplicação de Glosas em Auditoria no SUS*. Manual Operacional do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD. Brasília, 2007. 44p.
5. SUS – *Sistema Único de Saúde* [Capturado 2007 jul 2] Disponível em: SUS - www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_oquee.htm.

6. MV Sistemas. *Gestão Hospitalar* [Capturado em 2007 dez 10] Disponível em: <http://www.mvsistemas.com.br>.
7. Carvalho, FR. *Geração de Banco de Dados da Autorização de Internação Hospitalar – AIH* [Capturado 2007 dez 10] Disponível em: <http://www.pbh.gov.br>.
8. Brito MF, Ferreira LN. *A importância da Auditoria Interna Hospitalar na Gestão Estratégica dos Custos Hospitalares*. [Monografia]. Brasília(DF): Universidade Católica de Brasília: 2006. 16p.
9. Kobus LSG. *Dados essenciais para auditoria de contas médicas hospitalares: experiência em Curitiba-PR* [Capturado 2007 nov 12] Disponível em: <http://telemedicina.unifesp.br>.
10. Perroca MG, Jericó MC, Facundim SD. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2004 São José do Rio Preto;11(4):210-214.

Suspensão de cirurgias programadas em um hospital universitário: causas e implicações na dinâmica da instituição

Surgeries suspension programed in University Hospital: causes and implications in the institution dynamics

Ernestina Duarte Guará¹, Euzimar Martiniana Ferreira Damasceno¹,
Marília Cristine Valente Viana¹, Nair Portela da Siva Coutinho²

Resumo: Estudo realizado no Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra em São Luis do Maranhão, com o objetivo de identificar as causas de suspensão de cirurgias programadas, conhecer os serviços mais afetados pelo cancelamento e avaliar as implicações na dinâmica da instituição. A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2007, com consulta aos livros de registro de ocorrências do Centro Cirúrgico e ao Banco de Dados do Sistema de Internação Hospitalar. Os resultados encontrados indicaram que das 3.558 cirurgias programadas, 827 foram suspensas (23,24%). As causas que apresentaram maiores índices foram: não internação do paciente (26,73%); outros (causas não especificadas) 18,63%; falta de condições clínicas do paciente (13,79%) e decisão médica (13,30%). Entre as especialidades, a maior taxa de suspensão de cirurgia ocorreu na Cirurgia Geral (26,36%) e a menor na Cirurgia Plástica (0,60%). A suspensão de cirurgias além dos inconvenientes para os pacientes, interfere de forma negativa na dinâmica do hospital, pois implica em gastos desnecessários de materiais, de horas de trabalho de toda equipe profissional envolvida e em salas de cirurgias ociosas, o que pode comprometer a arrecadação de recursos e a qualidade da assistência.

Descritores: Suspensão de cirurgia, Hospital Universitário, Centro Cirúrgico.

Abstract: Study carried through in the University Hospital - Unit President Dutra in São Luís of the Maranhão, with the objective to identify the causes of suspension of programmed surgeries, to more know the services affected by the cancellation and to evaluate the implications in the dynamics of the institution. The collection of data occurred in the period of November the December of 2007, with consultation to books of register of occurrences of the Surgical Center, to the Data base of the System of Hospital Internment and in handbooks of the patients who had had its suspended surgeries in the period of the research. The joined results had indicated that of the 3.558 programmed surgeries, 827 had been suspended (23.24%). The causes that had presented greater indices had been: not internment of the patient (26,73%); others (causes not specified) 18,63%; lack of clinical conditions of the patient (13,79%) and medical decision (13,30%). Between the specialties, the biggest tax of surgery suspension occurred in the General Surgery (26.36%) and the minor in the Plastic Surgery (0.60%). The suspension of surgeries beyond the inconveniences for the patients, intervenes of negative form with the dynamics of the hospital, therefore it implies in unnecessary expenses of materials, working hours of all involved professional team and in rooms of idle surgeries, what it can compromise the collection of resources and the quality of the assistance.

Keywords: Suspension of surgery, University Hospital, Surgical Center.

INTRODUÇÃO

Toda cirurgia, independente da especialidade e/ou complexidade, deve ser avaliada sob dois aspectos: dos benefícios que são esperados e dos riscos que não devem, mas podem ocorrer.

Procedimentos cirúrgicos são eventos muitas vezes necessários, mas jamais desejados, por isso quando propostos geram no paciente sentimentos de insegurança quanto ao próprio procedimento, aos profissionais que poderão estar envolvidos e a instituição de saúde que o acolherá nesse episódio.

A instituição, no exercício de seu papel assistencial, deve estar comprometida com sua clientela, respeitando seus direitos, no caso específico: a realização de sua cirurgia, garantindo-lhe assistência humanizada, integrada e com qualidade.

Uma cirurgia, por não ser um acontecimento habitual na vida de uma pessoa, requer, para seu enfrentamento, um preparo prévio dessa pessoa e de seus familiares, que muitas vezes necessitam afastar-se de suas obrigações e de sua rotina¹.

1. Alunas da Especialização em Auditoria de Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA

2. Enfermeira. Mestre em Pedagogia Profissional. Docente da UFMA

A suspensão de uma cirurgia, embora indesejável e não premeditada, é um fato presente e constante num Centro Cirúrgico, com consequências negativas, tanto para o hospital, quanto para o usuário do serviço.

Outro ponto importante da problemática da suspensão de cirurgias, é que os recursos destinados à Saúde Pública no Brasil, além de serem insuficientes, são mal aproveitados. Os custos de manutenção e funcionamento dos hospitais públicos são cerca de 6 a 10 vezes mais elevados que os hospitais privados e ainda assim funcionam com menor eficiência. Entretanto, essa ocorrência significativa, nem sempre tem recebido a devida atenção por parte da equipe de saúde, bem como da administração do próprio hospital¹.

O paciente, ao receber a indicação de uma cirurgia, é tomado por expectativas todas voltadas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão².

Para a instituição, os prejuízos são incalculáveis, pois há toda uma sistemática envolvendo essa ação, desde a ocupação do leito, o preparo do material e do ambiente cirúrgico, o pessoal envolvido, assim como a perda de oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica². E mais, seu funcionamento

e a própria alocação de verbas dependem dos procedimentos pagos pelos serviços prestados, cuja realização ou não, reflete no financiamento da instituição³.

A suspensão de uma cirurgia causa outros inconvenientes para o paciente e para a instituição como o aumento do tempo de internação, o risco de infecção hospitalar e o aumento dos custos hospitalares⁴.

Considerando a importância do hospital a ser estudado, na condição de instituição pública, mantido exclusivamente por recursos oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS do Ministério da Saúde e entendendo que a suspensão de cirurgias poderá comprometer o atendimento de sua demanda, com repercussão na arrecadação de recursos, surgiu o interesse nesta pesquisa, objetivando estudar a ocorrência de suspensão de cirurgias programadas no Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra, procurando identificar as causas de suspensão dessas cirurgias e conhecer as especialidades médicas que mais concorreram para o cancelamento, o que acreditamos, poderá despertar a atenção dos dirigentes e profissionais, na busca de ações mais eficazes visando a redução da taxa de suspensão de cirurgias.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo, de natureza descritiva, no período de janeiro a junho de 2007, no Hospital Universitário – UFMA/ Unidade Presidente Dutra, instituição pública federal, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde, das comunidades locais e procedentes de outros municípios, em consultas ambulatoriais e em procedimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade. É Centro de Referência Cardiovascular Nível II e em Cirurgia Bariátrica.

Para efetivação das cirurgias, o Hospital dispõe de um Centro Cirúrgico constituído por 09 salas cirúrgicas, sendo que 04 delas são separadas por especialidade.

A coleta de dados ocorreu nos meses de

novembro e dezembro de 2007 e a pesquisa foi realizada por meio de livros de registro de ocorrências do Centro Cirúrgico, Banco de Dados do Sistema de Internação Hospitalar e nos Mapas da Programação Diária das Cirurgias.

Para levantamento dos dados a equipe elaborou duas planilhas sendo uma, para registro do número de cirurgias suspensas em cada mês e em quais especialidades e outra, para os motivos dessas suspensões. As informações coletadas foram analisadas quantitativamente utilizando-se o programa Word e apresentados por meio de tabelas.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, que emitiu parecer favorável.

RESULTADOS

Considerando os dados obtidos observamos que no período estudado foram programadas 3.558 cirurgias e suspensas 827 (23,24%), verificando-se que o mês de fevereiro apresentou o menor percentual (13,30%) e maio, o maior (19,23%) (Tabela 1).

Foram levantadas todas as cirurgias suspensas, no período, considerando as variáveis: motivos de suspensão e especialidade cirúrgica.

Dentre os motivos de suspensão, os maiores índices apresentados foram: paciente não internado (26,73%); outros (18,63%); falta de condições clínicas do paciente (13,79%) e decisão médica (13,30%). Tabela 2.

Todas as especialidades médicas foram afetadas pela suspensão e em termos percentuais, do total de cirurgias suspensas, a Cirurgia Geral foi a

especialidade que apresentou o índice mais elevado (26,36%) e a Cirurgia Plástica o mais baixo (0,60%). Tabela 3.

Tabela 1 – Cirurgias suspensas no Hospital Universitário - Unidade Pres. Dutra, de janeiro a junho de 2007, São Luís-MA, 2008.

Meses	n	%
Janeiro	145	17,53
Fevereiro	110	13,30
Março	134	16,20
Abril	127	15,36
Mai	159	19,23
Junho	152	18,38
Total	827	100,00

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Internação Hospitalar.

Tabela 2 – Motivos de suspensão de cirurgias no Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra, de janeiro a junho de 2007 – São Luís – MA, 2008.

Motivos	f	%
Paciente não internado	221	26,73
Outros (causas não especificadas)	154	18,63
Falta de condições clínicas do paciente	114	13,79
Decisão médica	110	13,30
Ausência do médico	59	7,13
Falta de exames do paciente	37	4,47
Falta de material	36	4,35
Falta de leito na UTI	36	4,35
Marcação errada	26	3,14
Falta de programação de leito na UTI	12	1,45
Paciente alimentado	11	1,33
Falta de sangue	07	0,85
Falta de condições do setor	04	0,48
Total	827	100,00

DISCUSSÃO

O índice de cirurgias suspensas (23,24%) encontrado neste estudo se constitui em um indicador negativo, quando sabe-se que a instituição é referência para o Estado do Maranhão e passa por um processo de certificação de seus serviços. Demonstra falta de planejamento das ações que envolvem todo o processo da programação cirúrgica. Pelos estudos de outros autores^{1,2,3} e o dado encontrado nesta pesquisa, é considerado que taxas elevadas de suspensão de cirurgias são comuns aos hospitais públicos.

Quanto aos motivos de suspensão de cirurgias, os relacionados diretamente ao paciente apresentaram maiores índices, como se pode observar em paciente não internado (26,73%); resultado semelhante é demonstrado em outro estudo² ressaltando a falha na organização do serviço desde que o paciente é atendido, na consulta ambulatorial, até o agendamento de sua cirurgia.

O motivo “outros” figura entre aqueles com maiores índices de suspensão de cirurgias, sendo identificados, conforme registro nos mapas arquivados no Centro Cirúrgico, como: “o cirurgião não conhecia o paciente ou não sabia do procedimento”, o paciente já havia realizado a cirurgia, cirurgião foi chamado em outro hospital, cirurgião alegou que o procedimento anterior foi muito grande, cirurgião não esperou o anestesista que se encontrava em outra sala”. Situações como essas indicam falta de gerenciamento dos serviços cirúrgicos, incompatível com o que se espera de qualquer administração, que é a melhoria da qualidade dos serviços prestados, ressaltando-se aqui a responsabilidade que esta instituição tem para com seus clientes, sendo considerado referência, como órgão público, na prestação de serviços de saúde.

A “falta de condições clínicas do paciente”, se apresentou neste estudo com um índice significativo (13,79%). Resultados semelhantes foram demonstrados por outros pesquisadores^{3,5,6}, reforçando nosso entendimento de que fatores como: a longa espera por um leito no serviço público e falta

de medidas que otimizem a assistência, contribuem para esse fato.

Observou-se, ainda, com taxa de (13,30%), a suspensão de cirurgia por “decisão médica”, não se encontrando na pesquisa dados que caracterizassem esse motivo. Segundo relatos do pessoal de enfermagem do Centro Cirúrgico, para registrarem a ocorrência questionavam o cirurgião sobre esse motivo e alguns se limitavam a responder “É decisão do médico e basta”. Nenhum dos autores consultados fez referência a essa causa, o que leva a uma reflexão sobre a questão do planejamento e gerenciamento do Serviço de Cirurgia do hospital estudado.

As demais causas encontradas no estudo, de ordem administrativa como: falta de material (4,37%); marcação errada (3,14%); falta de leito na UTI (4,35%); falta de programação de leito na UTI (1,45%) e falta de condições do setor (0,48%) somadas contribuíram com uma significativa parcela, para a suspensão das cirurgias e são reflexos da falta de planejamento e organização das atividades administrativas dos serviços afins^{5,7}.

Outro dado observado na pesquisa foi o prolongamento da estadia do paciente no hospital. Fato preocupante que não só pode ser afetado pelo problema, como também a instituição, pois sendo sua receita proveniente exclusivamente de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), esta tem que administrar ainda a questão da contenção de seus custos assistenciais, buscando a otimização desses recursos. De acordo com a Tabela Unificada de Procedimentos, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece um valor a ser pago pelo período de internação do paciente e por cada procedimento cirúrgico, obviamente que os gastos que excederem àqueles financiados pelo SUS, ficarão a cargo do hospital, gerando um déficit cumulativo, que poderá inviabilizar sua administração.

Considerando-se que o contrato celebrado entre o Gestor Municipal e o Hospital Universitário/

UFMA que estabelece metas a serem atingidas na realização de cirurgias de alta complexidade em Ortopedia, Neurologia e Cardiologia, entre outras, os dados encontrados merecem a devida atenção da

administração do hospital e gerentes dos Serviços Cirúrgicos, haja vista as implicações na alocação de verbas, que dependem da realização desses procedimentos.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa, observou-se que a suspensão de cirurgias poderá trazer conseqüências indesejáveis para o paciente, sua família e para a instituição de saúde. O paciente deixa de ser atendido em sua necessidade primordial que é de saúde, além de ficar exposto a outros danos por uma permanência prolongada e desnecessária no ambiente hospitalar. A instituição poderá ter seus custos assistenciais aumentados, pois os recursos financeiros são mal aproveitados ou perdidos nessa situação.

Verificou-se que o hospital apresentava preocupante índice de suspensão de cirurgias (23,24%), não admissível quando considerou-se as características da instituição, no que se refere à equipe de profissionais especializados, disponibilidade de materiais e equipamentos de alta tecnologia e, principalmente por estar envolvido na formação e aperfeiçoamento de profissionais da área de saúde.

Quanto às especialidades, as taxas de suspensão de cirurgias apresentadas por algumas, impõe mudanças nas ações de gerenciamento, de forma a reduzir esses percentuais.

Os motivos de suspensão de cirurgias levantados neste hospital, no período da pesquisa, levam a concluir que necessário se faz uma reestruturação dos serviços cirúrgicos, com melhor planejamento e organização. Logicamente que se houver o empenho de todos, muitas dessas causas podem ser evitadas, o que contribuirá para minimizar esse indicador de

má qualidade, que depõe contra a administração de qualquer instituição de saúde. Como sugestão apresentamos:

Integração efetiva entre os Serviços de Cirurgia e Internação na elaboração da programação cirúrgica, assegurando assim seu cumprimento.

Estruturação do Serviço de Internação, para que a confirmação do agendamento da cirurgia ocorra em, no mínimo, 48 horas junto ao paciente ou familiar, repassando essa confirmação aos setores envolvidos.

Sistematização da assistência viabilizando a prática da visita pré-operatória.

Melhor gerenciamento dos serviços envolvidos, o que contribuirá para melhoria do atendimento ao paciente, reduzindo seu tempo de internação e conseqüentemente os riscos de infecção hospitalar e os custos com o tratamento.

Criação de mecanismos de regulação que possibilitem a redução do tempo de espera do paciente, do atendimento ambulatorial, quando é indicada a cirurgia, até a realização da mesma, o que acredita-se minimizaria em grande parte os motivos de suspensão apontados neste estudo.

Organização de uma escala extramapa, para aproveitar a capacidade operacional do setor, evitando salas ociosas que poderão comprometer a arrecadação do hospital, na ocorrência da suspensão de alguma cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um Hospital – Escola: um estudo exploratório. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2000 ago Ribeirão Preto;8(4).
2. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um Hospital Universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2006 jan/fev; 14(1).
3. Costa JA, Jansen AC. Cancelamento de cirurgias eletivas em um Hospital Universitário. *Revista Sobecc*, 2006 jul/set São Paulo;11(3).
4. Antonio PS, Munari DB, Costa HK. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on-line), 2002 Goiânia;4(1).
5. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2007;41(1).
6. Roland DMS, Cesarino CB. Caracterização de pacientes com cirurgias suspensas por hipertensão arterial perioperatória. *Revista Sobecc*, 2007 jan/mar São Paulo;12(1).
7. Garcia MA, Spiri WC. Suspensão de cirurgias eletivas em um hospital-escola. *Revista Sobecc*, 2007 out/dez São Paulo;12(4).

Instruções aos colaboradores

A Revista do Hospital Universitário - UFMA, órgão oficial do Hospital Universitário é publicada semestralmente, e se propõe à divulgação de artigos concernentes à área da saúde que contribuam para o seu ensino e desenvolvimento.

A Revista do Hospital Universitário - UFMA passa a seguir o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio Medical Periodical Journals" elaborado pelo "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), conhecido como "Convenção de Vancouver". É utilizada a 5ª Edição de 1997 publicada no New Engl J Med, 1997, 336(4): 309-315.

Os originais dos artigos deverão ser entregues na Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão, localizada no 4º andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís-MA. Brasil. Telefone para contato: (98) 2109-1242, e-mail: revista@huufma.br

Informações gerais

Os artigos apresentados para publicação devem ser inéditos, impressos em computador, espaço duplo, papel branco nos formatos de 210 mm x 297 mm ou A4, em páginas separadas, devidamente numeradas e com margens de 2,5 cm acompanhadas de disquete contendo o respectivo material, digitados no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, letra arial, tamanho 12. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao editor chefe da revista acompanhadas de carta assinada pelo autor e todos os co-autores autorizando a publicação. Se houver dúvida, o autor deverá consultar diretamente o editor chefe.

Forma e estilo

Os artigos devem ser concisos e redigidos em português no máximo em 15 páginas. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: **1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Texto; 4) Abstract e Key words; 5) Referências; 6) Endereço completo do autor e e-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.**

Categoria dos artigos

Artigo Original: Deve ser constituído de **Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Método**, **Resultados**, **Discussão** e **Referências**. Recomenda-se cuidadosa seleção das referências, limitando-se em cerca de vinte permitindo-se um máximo de seis autores.

Artigo de Atualização e Revisão: Deve ser publicação de matéria de grande interesse da comunidade científica. O formato é semelhante ao artigo original (**Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Conclusão**). Número de autor: dois.

Relato de Caso: Deve ser restrito a casos relevantes que necessitem de divulgação científica.

Nota Prévia: Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira

breve, não excedendo a quinhentas palavras, cinco referências e duas ilustrações.

Organização dos artigos

A) Página de Título: O título deve ser redigido em português e em inglês. Deve conter o máximo de informação e o mínimo de palavras. Não deve conter fórmulas, abreviações e interrogações. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do autor(es) seguido de seus títulos profissionais e do nome da Instituição onde o trabalho foi realizado. Para Artigos Originais admite-se até seis autores e, nos Relatos de Casos e Notas Prévias, apenas três.

B) Resumo: Deve conter no máximo duzentos e cinquenta palavras, em caso de Artigo Original e de Atualização e, cem para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve ser informativo, contendo o objetivo, os procedimentos, os resultados com sua significância estatística e as conclusões.

Deve ser compreensível, evitando-se informações vagas e que não estejam no texto, para poderem ser utilizadas amplamente deve conter:

1. Objetivo: com o propósito do trabalho
2. Método: descrição do material dos pacientes e do método.
3. Resultados: descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível com significado.
4. Conclusões.

C) Descritores: De acordo com a lista do Index Medicus. Podendo ser citados até 3 (Três).

D) Abstract: Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

1. Background: O propósito do trabalho ou investigação.
2. Methods: Descrição do material e método.
3. Results: Descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível seu significado.
4. Conclusions:
5. Keywords: De acordo com o Index Medicus.

E) Introdução: Deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

F) Ética: Toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

G) Métodos: (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método). O texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus

números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores.

H) **Resultados:** Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

I) **Discussão:** Deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluídas as conclusões do trabalho.

J) **Referências:** Devem ser no máximo de 20 e predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, restringindo-se aos trabalhos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as Normas do Index Medicus. As citações devem ser referidas no texto pelos respectivos números, acima da palavra correspondente sem vírgula e sem parêntese. Observações não publicadas ou referências a "Summaries" de Congressos e comunicações pessoais devem ser citadas no texto, entre parênteses. Ex.: (Attie AD, et al: Hepatology, 1981, 1:492, Summary). Mencionar todos os autores, quando até três, citando apenas os três primeiros, seguidas de et al., quando existirem mais de três autores. **Exemplos de formas de referências:**

1. **em Revista:** Autor. Título do artigo. Título da Revista. Ano mês dia; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. Ann Surg, 1994; 220(3): 283-296.
2. **em Livro:** Autor. Título. Edição. Local de Publicação: Editora; data da publicação. Bogossian L. Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.
3. **em Capítulo de Livro:** Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. páginas. Barroso FL, Souza JAG. Perfurações pépticas gástricas e duodenais. In Barroso FL, Vieira OM, editores. Abdome agudo não traumático: Novas propostas. 2.ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.
4. **em Monografia, Dissertação e Tese:** Autor. Título [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano. páginas. Chinelli A. Colectomia laparoscópica: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói(RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.
5. **em Material eletrônico:**

A) Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg infect diseases [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

B) Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo].

Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição física. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

C) Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965.

Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas.

Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word.

Ilustrações

São fotografias, gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

