

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Gláucia Maria Amorim

Gestão de qualidade e acreditação em serviços de manutenção predial em
estabelecimentos assistenciais de saúde: uma análise situacional

Montes Claros

2012

Gláucia Maria Amorim

Gestão de qualidade e acreditação em serviços de manutenção predial em
estabelecimentos assistenciais de saúde: uma análise situacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de
Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção
do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan

Colaboração: Dra. Eliana Cardoso Vieira Quintão

Montes Claros

2012

A524g Amorim, Gláucia Maria.
Gestão de qualidade e acreditação em serviços de manutenção predial em estabelecimentos assistenciais de saúde [manuscrito] : uma análise situacional / Gláucia Maria Amorim. – 2012.
91 f. : il.

Bibliografia: f. 82-84.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -

Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan.

Coorientadora: Profa. Dra. Eliana Cardoso Vieira Quintão.

1. Hospitais Credenciamento - Sistema Único de Saúde (MG). 2. Acreditação hospitalar. 3. Manutenção de edifícios – Hospitais. I. Bonan, Paulo Rogério Ferreti. II. Quintão, Eliana Cardoso Vieira. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Uma análise situacional.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitora: Maria Ivete Soares de Almeida

Pró-reitor de Pesquisa: Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Pró-reitor de Pós-Graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-Graduação Lato-Sensu: Augusto Guilherme Silveira Dias

Coordenadoria de Pós-Graduação Stricto-Sensu: Maria Cristina Freire Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Rita de Cássia Silva Dionísio

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Coordenador: Alfredo Maurício Batista de Paula



CANDIDATO (A):) GLAUCIA MARIA AMORIM

TÍTULO DO TRABALHO: "Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. PAULO ROGÉRIO FERRETI BONAN – ORIENTADOR

PROFª. DRª. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE

PROF. DR. CELSO AMORIM SALIM

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROFª. DRª. LIVIA MÁRIS RIBEIRO PARANAIBA

PROF. DR. ANDRÉ ULISSES DANTAS BATISTA

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Dedico aos meus pais Irene e Paulo (*in memoriam*), que sempre me incentivaram nos novos aprendizados de forma ética. Especialmente ao meu pai, que desta vida se foi, em 2010, orgulhoso por esta minha conquista trilhada de acordo com os exemplos dele, médico sanitaria, sonhador com um mundo melhor e mais justo, especialmente com os mais necessitados e desprovidos de condições de vida dignas. Segundo ele: “viveu e vive uma vida de sonhos, vários sonhos, alguns já realizados e outros por se realizar e continua sonhando!...”

Com certeza, esta etapa cumprida seria mais um sonho realizado.

À **Júlia**, ao **Guilherme** e ao **Nadir**, família, esteio da minha vida, por minhas ausências para os estudos, projetos e trabalhos incessantes.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelas infinitas oportunidades e desafios diante da vida pessoal e profissional.

À minha grande amiga e colega **Jane Pinto Gomes**, que desde o início me estimulou a estudar para conquistar o desafio distinto da minha formação de arquiteta em ciências da saúde.

À médica e auditora da DNV/ONA **Dra Eliana Cardoso Vieira Quintão**, que me orientou no desafio do aprendizado da coleta de dados amostral e acompanhou a pesquisa no quesito “Qualidade”.

A todas as pessoas que sempre estiveram ao meu lado no desafio de cumprir essa etapa surgida na minha trajetória profissional de participar de um mestrado profissional junto à FHEMIG, instituição “escola de vida”, que ainda me surpreende com os aprendizados que me oferece. Aos **professores da FHEMIG**, especialmente aos **Drs. Flávio Diniz Capanema** mentor do projeto de parceria da FAPEMIG, Unimontes e FHEMIG, **Fernando Madalena Volpe, Marcelo Militão Abrantes. Aos meus colegas de curso**, que compartilham a luta em conciliar estudos com atividade profissional.

Aos gestores municipais de Betim, à **prefeita Maria do Carmo Lara**, especialmente à secretária de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Rezende**, detentora de muitos conhecimentos, de visão de futuro e de ideias inovadoras e defensoras do SUS, e pelas oportunidades profissionais. Aos fiscais de obras **Adão Rogério Barbosa Pessoa e José da Costa Filho, da Prefeitura Municipal de Betim**, que, com grande profissionalismo, me acompanharam na coleta de dados nos edifícios da rede SUS de Betim.

À **equipe de apoio da Unimontes**, ao meu orientador **Dr. Paulo Bonan**, que, com paciência e sabedoria, me acompanhou na minha pesquisa. Aos **professores da Unimontes**, especialmente aos **professores Dra. Ana Cristina de Carvalho Botelho e Dr. Hercílio Martelli Júnior**, pelo conhecimento, desempenho e viagens de Montes Claros a Belo Horizonte, pela dedicação e paciência com as minhas limitações em cumprir atividades profissionais em paralelo às acadêmicas.

Ao **Yuri Amorim Braga** e ao **Dr. Celso Amorim Salim**, pela colaboração, e à **Maria Célia Matos Versiani**, pela disponibilidade e presteza na revisão dos textos.

Aos colegas de trabalho das equipes de projetos, especialmente ao **engenheiro Sérgio Silveira Rocha** e à **Dra Ana Christina Mageste Castelar Campos**, e ao **superintendente Raimundo Loyola Júnior**, que apoiaram nos desafios e superações profissionais.

A todos que colaboraram para agregar informações à minha pesquisa, aos responsáveis pelos serviços de manutenção dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde pesquisados. Aos **gestores do SUS e demais serviços de saúde**, imprescindíveis na viabilização, em **conjunto com os usuários**, dos espaços necessários aos atendimentos diversos e adequados à missão da assistência em saúde nos diversos níveis hierárquicos.

**“À colega e amiga Gláucia uma modesta dedicatória de um grande
sofredor da área da saúde como você.”**

Domingos, 07-10-2011

(dedicatória do “grande mestre arquiteto e médico, nosso Niemeyer da área hospitalar”
Domingos Fiorentini, no meu exemplar do livro **“Manutenção Hospitalar Preditiva, 1994”**,
de autoria do arquiteto Jarbas Karman e que teve Fiorentini como colaborador)

“Todo ser humano é um livro, alguns com mais páginas, outros com menos.”

(Paulo José de Amorim, meu pai e “mestre” e modelo exemplar na minha vida)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi contribuir com elementos e subsídios para o processo de gestão da acreditação, por meio de uma análise situacional dos serviços de manutenção predial de 61 unidades selecionadas de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) localizados no Estado de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal realizado no período de julho a novembro de 2011. A coleta amostral foi efetuada em uma clínica particular e em outras unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS): 57 do município de Betim e três hospitais da rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais que se encontram em processo de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A análise comparativa foi feita mediante a verificação de requisitos da “Gestão da Estrutura Físico-Funcional” do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar” da ONA, isto é, os requisitos formais, técnicos, de estrutura e assistenciais. O cruzamento entre os cinco tipos de estabelecimentos (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Especialidade, Hospitalar e Saúde Mental) e as variáveis categóricas apontou inconformidades em diversos quesitos da gestão físico-funcional dos EAS, especialmente das UBS. A partir do cumprimento dos requisitos avaliados, as atividades assistenciais, de acordo com a organização do serviço e adequadas ao perfil e à complexidade da organização, podem colaborar para minimizar os riscos e promover a ambiência no que se refere ao tratamento do espaço. Para a melhoria da qualidade assistencial dos estabelecimentos de saúde, é imprescindível que os gestores priorizem, nos planejamentos gerais, nas diversas etapas, inclusive os recursos financeiros, humanos e materiais necessários a fim de garantir o cumprimento das exigências da segurança dos usuários nos edifícios, com o respaldo da “alta direção”.

Palavras-chave: Manutenção predial. Unidades de Saúde. Gestão da Estrutura Físico-Funcional.

ABSTRACT

The objective of this study was to contribute to the elements and grants management process of accreditation through a situational analysis of the maintenance services of building in 61 units of selected health care facilities (EAS) in the State of Minas Gerais, Brazil. This is a descriptive, quantitative and cross study made in the period from July to November 2011. The sample collection was performed at a private clinic and other units belonging to the Unified Health System (SUS): 57 in the city of Betim and three hospitals in the Hospital Foundation of the State of Minas Gerais which are in the process of accreditation by the National Organization of Accreditation (ONA). The comparative analysis was made by measuring the requirements for "Managing the Physical Structure-Function" of the "Brazilian Manual of Hospital Accreditation" (ONA), that is, the formal requirements, technical structure and welfare. The intersection between the five types of establishments (Basic Health Unit, Emergency Unit, Specialty, Hospital and Mental Health) and categorical variables in several unconformities pointed questions of physical-functional management of EAS, especially UBS. Starting from the requirements evaluated, the welfare activities, according to the service organization and appropriate to the profile and complexity of the organization, can collaborate to minimize risks and promote the ambience with regard to the treatment of space. To improve quality of care of health facilities, it is essential that managers prioritize, in general planning, the various steps, including financial, human and material resources needed to ensure compliance with the requirements of the safety of users of buildings, backed by "top management".

Keywords: Building maintenance. Health Units Management Physical Structure-Function.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------------------|---|
| ANVISA – | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| APS – | Atenção Primária à Saúde |
| BNDES | Banco Nacional do Desenvolvimento |
| BPF – | Boas Práticas de Funcionamento |
| CLT – | Consolidação das Leis do Trabalho |
| CNES – | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| DEA | Análise de envoltório de dados |
| EAS – | Estabelecimento Assistencial de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FHEMIG – | Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais |
| GM/MS | Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde |
| IBGE/DPE/COPIS/GEADD | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Diretoria de Pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores Sociais/Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica |
| INAMPS | Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| ONA | Organização Nacional de Acreditação |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PGRSS – | Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PMAQAB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PPI/ECD | Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças |
| PRO-HOSP | Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| REFORSUS | Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde |
| PPRA – | Programa de Prevenção de Riscos Ambientais |
| RDC – | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SAMU | Serviços de Atendimento Móveis de Urgência |
| SICONV | Sistema de Convênio |
| SE | Salas de Estabilização |

| | |
|--------|--|
| SES | Secretaria de Estado da Saúde |
| SNVS | Sistema Nacional de Vigilância Sanitária |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS – | Sistema Único de Saúde |
| UBS – | Unidade Básica de Saúde |
| UPA – | Unidade de Pronto Atendimento |
| VISA - | Vigilância Sanitária |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 Revisão da literatura..... | 17 |
| 1.1.1 Manutenção | 17 |
| 1.1.1.1 Legislação..... | 18 |
| 1.1.1.2 Manutenção e atenção primária à saúde (APS)..... | 20 |
| 1.1.2 Sistema Único de Saúde: integralidade..... | 23 |
| 1.1.3 Sistema Único de Saúde: rede de atenção à saúde (RAS)..... | 25 |
| 1.1.4 Sistema de gestão da qualidade..... | 34 |
| 1.1.5 Estudos na área de manutenção..... | 40 |
| 1.2 Justificativa..... | 44 |
| 2.OBJETIVOS | 46 |
| 2.1 Objetivo geral | 46 |
| 2.2 Objetivos específicos | 46 |
| 3 PRODUTOS | 47 |
| 3.1 Artigo: Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde..... | 47 |
| 4 RESULTADOS..... | 76 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 80 |
| REFERÊNCIAS | 82 |
| APÊNDICES | 85 |
| ANEXOS | 88 |

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais são estruturas complexas que abrigam pessoas em momentos de emoções e incertezas como nascimento e morte, sofrimento profundo, dor, doença e cura, qualidade de vida. Historicamente, os edifícios hospitalares estão adotando e desenvolvendo tecnologias de ponta em construção e equipamentos, portanto, exigindo investimentos para a construção e equipamentos, além de recursos proporcionalmente maiores durante a vida útil, assim como para o custeio operacional (1)

A gestão de edifícios é feita por meio do gerenciamento de facilidades (*Facilities Management*), que é fundamental para a sustentabilidade dos mesmos, porquanto assegura o consumo racional de energia e de água, bem como de materiais, visto que diminui o volume de resíduos gerados. Um gerenciamento que possibilita a garantia das funções dos subsistemas por toda a vida útil do edifício, proporcionando, assim, o suprimento das necessidades dos usuários.

A gestão eficaz da manutenção dos edifícios consiste na forma como são efetuados os relacionamentos organizacionais entre as diversas pessoas envolvidas nos processos, uma questão importante para possibilitar um ambiente de qualidade aos ocupantes de qualquer edifício. No entanto, os serviços de manutenção não são prioritários na maioria das organizações, embora os objetivos e as metas das ações da “alta direção” devam estar alinhados com os conhecimentos técnicos e as ações do setor de manutenção. Portanto, é imprescindível identificar as principais diferenças entre os pontos de vista dos dirigentes, que devem estabelecer ações estratégicas do pessoal de manutenção responsável pelas atividades operacionais, para que as informações e os conhecimentos técnicos, nas atividades interdisciplinares, possam possibilitar a eficiência nos processos de manutenção do edifício (2). A gestão da informação contribui para o desenvolvimento dos programas estabelecidos pelos gestores (5).

A qualidade é um atributo tão importante nos serviços de saúde, que diversas legislações têm sido implementadas com o objetivo de regulação e controle dos vários processos nos Estabelecimentos, como a RDC 63/2011 (3), que dispõe sobre os “Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde”. Nessa Resolução, os serviços de saúde são definidos como estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, na recuperação e na reabilitação de

pacientes. O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços, assim como utilizar a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento que assegura que os serviços sejam ofertados com padrões de qualidade adequados. As boas práticas de funcionamento (BPF) são orientadas pela redução dos riscos inerentes à prestação de serviços de saúde, e os quesitos exigidos na infraestrutura para as “Boas Práticas” são basicamente os mesmos previstos no nível 1 do Manual da ONA. Portanto, o serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, a modalidade de assistência prestada e a legislação vigente (3).

Com relação ao quesito da Gestão de Infraestrutura, o serviço de saúde deve ter seu projeto básico de arquitetura atualizado, em conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes. As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, gases, climatização, proteção e combate a incêndio, comunicação e outras existentes devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como a normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações. Os Estabelecimentos Assistenciais da Saúde (EAS) devem manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, assim como devem também executar ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas. Os edifícios devem ser dotados de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento de suas atividades; a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades deve ser garantida, assim como a limpeza dos reservatórios de água deve ser feita a cada seis meses, além de se manter o registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água e garantir a continuidade do fornecimento de água, em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária onde é considerada insumo crítico. A continuidade do fornecimento de energia elétrica deve ser mantida em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária por meio de sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que esta é considerada insumo crítico. As manutenções preventiva e corretiva das instalações prediais devem ser realizadas de forma própria ou terceirizada (3).

O aspecto físico dos estabelecimentos de saúde está intimamente vinculado à funcionalidade. Os processos inerentes à arquitetura, à engenharia, à organização, à administração, à manutenção, à bioengenharia, à engenharia clínica, à informática, focados na área hospitalar,

são meios, procedimentos e recursos que, juntamente com os profissionais de saúde, têm por fim viabilizar o objetivo comum, que é a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos usuários dos edifícios construídos para o fim assistencial. Com esse objetivo são concebidos os estabelecimentos assistenciais de saúde e, para possibilitar o seu funcionamento adequado, existem profissionais técnicos e pesquisadores de diversas disciplinas (4).

Sendo os hospitais estruturas dinâmicas, em processos constantes de modificações físicas, refletindo as necessidades assistenciais e funcionais, é essencial que passem por mudanças construtivas como a remoção, o deslocamento e o acréscimo de paredes e divisórias; por alterações espaciais em decorrência de exigências administrativas e técnicas; pela aquisição de novos equipamentos, que demandam suportes, apoios, suprimentos e instalações (água, energia elétrica e outros) (4).

No entanto, entre essas e outras atividades, há necessidade de se promover a manutenção predial dos hospitais, responsabilidade atribuída a um gestor, cujo perfil ao longo dos tempos evoluiu de artífice habilidoso para pessoa detentora de nível universitário, de cursos de pós-graduação e aperfeiçoamentos, que deve estar atento a demandas relativas a reparos e conservação; à operacionalidade; à avaliação de custos/benefícios e orçamentos; aos novos investimentos; aos equipamentos, obras e instalações, de modo que possa subsidiar a adequada tomada de decisão, demandas estas muitas vezes oriundas da “alta direção” do estabelecimento, formada por pessoas desprovidas de conhecimento técnico dos assuntos envolvidos (4).

Tais requisitos, por conseguinte, exigem que os responsáveis pela manutenção dos hospitais possuam conhecimento técnico adequado para planejar e executar as atividades operacionais e de manutenção predial, para gerar rotinas de trabalho abrangendo as instalações e os equipamentos que compõem os edifícios, assim como para criar arquivos e bibliotecas, informatizar processos e capacitar equipes, de forma que o estabelecimento atenda à comunidade no quesito da saúde (4).

É importante que a administração dos serviços de saúde compreenda o sistema de manutenção dos edifícios em relação à eficiência operacional, desde o início de suas atividades, quando os prédios ainda são novos, e ao longo de suas existências, de modo que não sejam necessárias paralisações para reformas e substituições. Em geral, estes ficam sucateados, em função de longo período sem manutenção ou submetidos à “pseudomanutenção”, situações que

comprometem o funcionamento adequado aos usuários, principalmente quando públicos programados para uma determinada população de abrangência (4).

1.1 Revisão da literatura

1.1.1 Manutenção

A manutenção orgânica está vinculada à arquitetura, à construção, às instalações, aos equipamentos e à funcionalidade, ou seja, à concepção do projeto arquitetônico, enquanto a manutenção operacional é a que dá continuidade à manutenção orgânica, prevenindo, conservando, preservando e assegurando a operacionalidade do edifício (6).

A manutenção operacional compreende:

- Manutenção Administrativa – antecedente à manutenção preventiva e corretiva, baseia-se em análises, avaliações, pesquisas, testes, planejamento minucioso e técnico, com foco na otimização, na potencialização, na segurança e na eficiência a custos compatíveis, fazendo projeções a curto, médio e longo prazo. Foca-se no planejamento amplo com o conhecimento e o respaldo da “alta direção”.
- Manutenção Preventiva – consiste na tomada de uma série de providências para evitar a ocorrência de problemas que possam acarretar a interrupção de serviços.
- Manutenção regular ou de rotina – faz parte da manutenção preventiva mediante a programação de visitas técnicas de vistoria em todos os setores de forma regular e contínua, quando se dá a execução de serviços como limpeza de calhas, bueiros, controle de válvulas, registros, entre outros.
- Manutenção Corretiva – abrange os serviços de reparos, consertos, substituições e danos. Ocorre por ausência ou deficiência nas programações das demais manutenções.
- Manutenção vigilante e de emergência – são as que estão disponíveis para atender aos reparos mais usuais, como defeitos de tomada elétrica, válvulas, iluminações, curto-circuito, entupimento, enguiço de elevadores.

Embora não constituam atividades de manutenção propriamente dita – como instalações de novos equipamentos, mudanças –, as pequenas obras civis costumam ser atribuídas aos serviços de manutenção dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS).

1.1.1.1 Legislação

Normativas referentes à manutenção dos Estabelecimentos de Saúde, focando-se no Sistema Único de Saúde (SUS) e Infraestrutura:

- Brasil 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Cap. II, Seção II, Art. 198.
- Lei Federal nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Federal 8.666/93 de 21 de junho de 1993 regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
- Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002: Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Portaria GM/MS 204 de 29 de janeiro de 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- Resolução – RDC nº 51, de 6 de outubro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, a avaliação e a aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e dá outras providências.
- Portaria GM/MS 2.838, de 1º de dezembro de 2011, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Normativas referentes aos serviços de urgência e emergência:

- Portaria GM/MS 2.048, de 5 de novembro 2002, que regulamenta os Serviços de Atendimento Móveis de Urgência (SAMU).
- Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Portaria nº 2.922/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelece diretrizes para o fortalecimento e a implementação do componente de “organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Portaria GM/MS nº1020/2009, de 13 de maio de 2009, que estabelece a implantação do componente pré-hospitalar fixo, orientando a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e de Salas de Estabilização (SE).

Normativas referentes à Atenção Básica:

- Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Portaria GM/MS nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, estabelece o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma.
- Portaria GM/MS nº 2.394, de 11 de novembro de 2011, estabelece o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação.

Normativa referente à Acessibilidade:

- Norma Brasileira ABNT NBR 9050, Segunda edição, 31.05.2004. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

Normativa referente ao Gerenciamento de Resíduos:

- Resolução – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Normativas referentes à Gestão da Qualidade em Saúde:

- Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006, dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação.
- Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
- RDC Resolução da Diretoria Colegiada 63, de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- Portaria nº 2.812, de 29 de novembro de 2011, homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

1.1.1.2 Manutenção e atenção primária à saúde (APS)

Historicamente, o município brasileiro encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de cuidados básicos com ações coletivas limitadas às ações de vacinação, sendo o papel municipal articulado com outras unidades ambulatoriais mais complexas, as unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar. Restava sempre para as secretarias estaduais de saúde – antigo Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) – e para o setor privado contratado a execução da assistência no restante da rede, nas cidades de maior porte. Nesse contexto, as prefeituras municipais não se estruturaram para responder às demandas do setor

de saúde de forma quantitativa e qualitativa. Deve ser considerado também que as atividades de infraestrutura necessárias ao desenvolvimento de ações de saúde são de responsabilidade das secretarias de obras, para o que é necessário haver sinergia entre as equipes envolvidas da assistência da saúde e de obras. Como regra geral, as prefeituras continuam apresentando insuficiências na capacidade gerencial e operacional nas ações referentes à Atenção Primária à Saúde (7).

Considerando-se que a criatividade é uma tônica do setor de saúde e os desafios a serem vencidos na consolidação do SUS são propícios para a mudança de paradigmas, constata-se o surgimento de ideias e projetos na área de sugestões inovadoras, a partir da prática dos trabalhadores. Entretanto, na maioria das vezes, o início de determinado projeto não é precedido da verificação da demanda de infraestrutura, de planejamento e de adequação dos meios e instrumentos necessários, resultando em fracassos – situações estas que devem ser monitoradas pelos gestores do SUS. O desafio de vencer essa contradição da área de saúde, dos projetos brilhantes em confronto com a estrutura precária, é que implica a necessidade do setor administrativo e dos recursos logísticos possuírem caráter estratégico na gestão dos processos. Isso, que parece lógico na teoria, não é o que ocorre na maioria das cidades, trazendo prejuízos às gestões e desperdício de tempo gerencial e político dos dirigentes. A ideia de sistema deve estar presente na proposta de organização administrativa. Todas as áreas consideradas “meio” (jurídico, planejamento, orçamento, execução financeira, materiais, gerência de contratos, serviços gerais, manutenção, transporte) e as áreas consideradas “fim”, que são as técnicas, devem estar integradas com foco no resultado. Essa situação deve ser constante e fazer parte do cotidiano dos gestores para evitar a perda de energia com questões de caráter interno ao funcionamento das organizações. É fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até às programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infraestrutura. Portanto, desde o primeiro momento de uma gestão, é preciso dimensionar a infraestrutura necessária, seja no próprio órgão gestor do SUS ou estabelecendo relacionamento adequado com os demais órgãos da administração municipal. Todos os passos no sentido de ampliação da rede, com a criação de serviços próprios ou a municipalização das estruturas estaduais, devem levar em conta a previsão dos materiais e serviços fundamentais ao seu funcionamento (7)

No que se refere à área jurídica, é importante considerar a interface com a área administrativa, em decorrência dos dispositivos legais, especialmente a Lei Federal 8.666/93, para a gestão de material e a gerência de contratos e convênios. Essas bases jurídicas atuam preventivamente

quanto às irregularidades na prestação de contas ao Conselho de Saúde, ao Tribunal de Contas e aos órgãos e entidades transferidores de recursos. Quanto à área financeira, o entrosamento é essencial, pois se inicia com a elaboração do orçamento anual até à compatibilização orçamentária e financeira, que é determinante para o saldo final dos resultados. Uma desarticulação pode ocasionar falta de recursos mínimos a projetos prioritários e ao mesmo tempo deixar recursos disponíveis sem utilização, além do aspecto contábil para a regularidade da prestação de contas e acerto dos repasses financeiros de convênios específicos (7).

A área administrativa engloba setores como a gestão de materiais, a gerência de contratos e convênios, a manutenção, os serviços gerais de transporte, o patrimônio, sendo imprescindível na ação dos gestores. Possui aspectos importantes a considerar, como as manutenções prediais das unidades e as de equipamentos e veículos. A falta dessas manutenções de forma adequada às atividades de saúde é tão indesejada quanto o desabastecimento de materiais. Historicamente, esse aspecto não é previsto como prioritário, o que resulta em prédios deteriorados e equipamentos parados, com prejuízos econômicos e assistenciais (7).

A manutenção predial, normalmente, é uma função da secretaria de obras do município. Deve ser estabelecido, de comum acordo, um plano global de manutenção predial que aborde as áreas civis, elétricas, hidráulicas, de forma preventiva e corretiva dos problemas, além de se registrarem todas as alterações de áreas físicas em cadastro específico e se modificarem as plantas originais contidas num acervo próprio. Também é racional estabelecer um plano diretor de obras a longo prazo para evitar repetir intervenções e desperdiçar recursos e priorizar a qualidade técnica dos projetos, que, muitas vezes, são procedimentos adequados para prevenir problemas futuros (7).

Os equipamentos médicos e hospitalares, desde os mais simples aos mais complexos, que compõem importantes recursos das unidades, devem ser alvo de cuidado mediante a manutenção preventiva e corretiva. Além dos benefícios assistenciais, é econômico o gasto com manutenção preventiva e o treinamento adequado dos técnicos que irão operar os equipamentos. Tão importante quanto adquirir equipamentos, melhorando a resolubilidade dos serviços, é conseguir mantê-los funcionando com garantia de qualidade (7).

1.1.2 Sistema Único de Saúde: integralidade

A análise de um sistema de saúde deve ser iniciada pela lógica da sua estruturação e funcionamento, assim como as articulações institucionais de acordo com as qualificações em relação à população abrangida, o modelo assistencial implementado e, principalmente, as formas de financiamento adotadas (8).

Criadas na década de 1930, as unidades da atenção primária à saúde, denominadas centros e postos de saúde, são formadas por uma rede que se consolidou em todo o país a partir dos anos 80 e cresceu em número absoluto e em produção de serviços, com o aumento da cobertura assistencial em áreas antes desassistidas. Esse processo de descentralização da saúde previdenciária e da municipalização do sistema de saúde brasileiro foi importante ao SUS. Essa rede básica ampliou a oferta de serviços em dois eixos fundamentais, na prestação de atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica) e na oferta de ações de caráter preventivo (9). Esse conjunto de práticas definidas a partir de referencial epidemiológico tem como objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo (10).

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS, princípio consagrado pela Constituição de 1988, e o seu cumprimento pode contribuir para garantir a qualidade da atenção à saúde. Esse conceito prevê que sejam ofertadas, de forma articulada, ações de promoção da saúde, de prevenção dos fatores de risco, de assistência aos danos e de reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença. Os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da história natural da doença, teoria consagrada na década de 1960. O estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está relacionado à intervenção de acordo com os conhecimentos e as tecnologias disponíveis para atuação nos níveis individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (9). Esse conceito de integralidade é contraditório à definição do texto constitucional: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (11).

A prioridade atribuída à prevenção tem conotação política e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil, e o texto constitucional busca resgatar a dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Anteriormente, as

organizações do setor dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas, oferecidas de maneira desigual. A ênfase dada à promoção da saúde é mais recente e não foi citada na votação da Constituição. O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma dos distintos estabelecimentos e organizações do setor de saúde. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis, o institucional (organização e articulação dos serviços de saúde) e o das práticas dos profissionais de saúde, quando o médico é o sujeito, ator primordial, do processo de estruturação das práticas integrais à saúde (9).

Os saberes e as práticas do campo da epidemiologia se estruturaram em organizações que desenvolveram, tradicionalmente, ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e programas de saúde pública. Desde o início do século passado, os estabelecimentos, denominados postos e centros de saúde, têm sido responsáveis pelo trabalho no campo da saúde coletiva, em áreas como a da educação em saúde, de controle de doenças contagiosas e de vetores, de saneamento, de intervenções sobre o meio ambiente e de prevenção de fatores de risco e de promoção à saúde. A assistência clínica se organizou a partir da década de 1950, em hospitais da previdência social voltados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal, e a tarefa primordial era o atendimento médico, especializado e individual, em termos de tratamento e reabilitação (9).

No final da década de 1970 iniciaram-se esforços para a integração do sistema dualista. As ações eram historicamente dicotômicas entre os estabelecimentos hospitalares e curativos, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva e preventiva de outro lado. E essa divisão não se deu apenas nas estruturas administrativas, pois a assistência médica hospitalar contava com vultosos recursos da máquina previdenciária, enquanto a saúde pública era financiada por escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos provenientes de organismos internacionais. Assim, o SUS herdou uma rede de saúde que representa desafios para a assistência integral: um grande número de centros e postos de saúde enfrentando restrições orçamentárias, soluções de continuidade na reposição de recursos humanos, em segundo plano diante da rede hospitalar, e o sistema de financiamento para as ações municipais ligado ao atendimento e a procedimentos médico-individuais efetuados por produção de consultas, exames, internações. O Brasil dispõe, atualmente, de uma rede de saúde centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída segundo as regiões. No entanto, o processo de municipalização da saúde brasileira possibilita perspectivas de melhoria, uma vez que é resultado da participação das comunidades e dos movimentos

sociais. E, como tem sido denominada, a atenção básica passou a ser mais discutida e priorizada pelos gestores da área (9).

As leis e os decretos relativos a novas formas de financiamento e de gestão do sistema de saúde brasileiro possibilitam ao gestor municipal cumprir o preceito constitucional da integralidade. As mudanças na lógica de financiamento se basearam na promulgação da Norma Operacional Básica-96. A exigência de haver setores responsáveis por cada ação e atividades de controle e avaliação foram requisitos para a habilitação de municípios em “gestão plena do sistema de saúde”. As resoluções concernentes à implantação, por um lado, do Piso Assistencial Básico (PAB) em seus componentes fixo e variável e, por outro, da Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD) foram os principais mecanismos dessa mudança. Essa norma operacional básica permite que sistemas locais de saúde passem a dispor de recursos desvinculados da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Os sistemas passam a receber recursos globais, segundo aspectos como perfil populacional, indicadores sanitários e epidemiológicos, desigualdades regionais, metas de cobertura, desempenho. Passou a ser exigido do gestor o planejamento de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde, segundo a evolução de indicadores sanitários e epidemiológicos. Assim, cabe ao gestor municipal pactuar, por exemplo, a redução da prevalência de determinadas doenças ou o aumento da cobertura vacinal ou pré-natal. O processo de pactuação de metas de cobertura e desempenho e de repasse financeiro exige a participação dos conselhos municipais de saúde, que devem referendar e registrar em ata os compromissos assumidos pelos gestores municipais. Dessa forma, há uma maior transparência das ações do governo no setor. Em seguida, os pleitos municipais são submetidos à instância estadual, analisados para aprovação ou não, na “Comissão Intergestora Bipartite”, que reúne o conselho de gestores municipais e a secretaria de saúde do estado. O mesmo processo ocorre na esfera federal, na Comissão Intergestora Tripartite (9).

1.1.3 Sistema Único de Saúde: rede de atenção à Saúde (RAS)

O SUS é uma proposta de política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social e os avanços de ações são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios que devem ser superados (12). As reformas sanitárias continuam necessárias, mas uma nova agenda deve se impor e terá como principais objetivos gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as

desigualdades. As mudanças devem, portanto, ser feitas por meio de alguns grandes movimentos: da decisão baseada em opinião para a norteada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, para a atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde por meio de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento focado na geração de valor para as pessoas (12).

Contudo, nos últimos anos, a sua agenda tem sido constrangida e empobrecida por uma fixação desproporcional na questão do volume de financiamento. É certo que o SUS opera com um significativo subfinanciamento e que necessita de mais recursos financeiros, porém, como se constata crescentemente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde (12).

O imprescindível incremento dos recursos públicos para a saúde no Brasil, para produzir impacto sanitário, tem de vir junto com reformas profundas no SUS. Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e devem operar em coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressada por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo e focado no enfrentamento de condições agudas e de agudizações de condições crônicas. Por isso, há que se restabelecer coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde até então praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas – algumas experiências com sucesso em outros países –, que devem e podem ser adequados à realidade de nosso sistema público (12).

O necessário incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que possam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários. O sistema de pagamento por procedimentos sinaliza para os prestadores de serviços que ofereçam mais serviços e mais caros para maximizar seus ganhos. Esse sistema de incentivos é perverso porque estimula os prestadores a oferecer, não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível, ao mesmo tempo em que os desincentiva a ofertar intervenções voltadas para a promoção e a manutenção da saúde. Ou seja, fortalece um sistema de doença em detrimento de saúde. Esse desalinhamento entre os objetivos do sistema de atenção à saúde e os seus mecanismos de financiamento explica o fato de diversos procedimentos de saúde ofertados serem desnecessários do ponto de vista sanitário. Uma necessária regulamentação da Emenda 29, que é insuficiente para garantir uma atenção pública universal e de qualidade, sem o alinhamento dos incentivos econômicos por meio da superação do sistema de pagamento por procedimentos e sem a alteração dos modelos de atenção à saúde praticados no SUS, fará com que esses recursos adicionais sejam apropriados por prestadores de serviços na política da saúde, sem que gerem valor para os cidadãos.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde prevalece a visão de uma estrutura hierárquica definida por níveis de “complexidades” crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado vige no SUS. O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenções básica, de média e alta complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais, pois que se fundamenta num conceito de complexidade equivocado ao estabelecer que a atenção primária à saúde seja menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. O conceito distorcido de complexidade traz a banalização da atenção primária à saúde e a sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (12).

Um documento do Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde afirma que o enfrentamento das condições crônicas exige mudanças nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazos. No curto prazo, as ações são: a criação de uma consciência geral sobre os problemas das condições crônicas; o desenvolvimento de políticas de saúde pública; a instituição de incentivos para a integração da atenção primária, secundária e terciária à saúde; o estímulo das ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças por meio de processos educacionais e de incentivos financeiros; o

reconhecimento das pessoas usuárias como membros das equipes de saúde; o incentivo para as ações de autocuidado; a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências; a implantação de tecnologias de informação para compartilhar as informações entre os diversos serviços; a estratificação da população por riscos; e a integração com serviços comunitários. No médio prazo, as ações são: a definição de políticas nacionais de controle das condições crônicas; a definição de políticas e instrumentos relativos aos fatores de risco; o uso de indicadores de desempenho e de programas de qualidade; a utilização de ferramentas baseadas em evidências, como a gestão de caso e o trabalho multiprofissional; a introdução de incentivos financeiros vinculados a desempenho; a definição de políticas para incremento da equidade; e o estímulo a relações colaborativas entre os profissionais de saúde e os prestadores de serviços. No longo prazo, as ações principais são: o oferecimento de instrumentos de suporte às decisões para os profissionais de saúde; o empoderamento de grupos comunitários; a alocação de recursos financeiros com base na carga de doenças; a melhoria das equipes de saúde para manejar as condições crônicas; e a educação permanente dos profissionais de saúde. Essas ações apresentam forças de evidências e aplicabilidade diferentes (13).

O financiamento das redes envolve: o custeio com foco em mecanismos de pagamento para cobrir as necessidades e as demandas de saúde da sua população; o investimento na compatibilização da capacidade física com as necessidades e as demandas da população; a racionalização da estrutura operacional de acordo com a capacidade fiscal e financeira, em consonância com o planejamento estratégico de investimentos para a rede. O financiamento dos componentes das RAS engloba o custeio e o alinhamento dos incentivos econômicos de modo a favorecer uma responsabilização compartilhada entre todos esses componentes; e o investimento, o direcionamento para os serviços de saúde, feitos segundo o plano estratégico, contemplando os princípios de economia de escala e de escopo em consonância com a qualidade (12).

O movimento universal em busca da construção de RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. As experiências provindas de vários locais como Estados Unidos, Canadá, Europa, América Latina e Brasil constataam que as RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (12).

A Organização Mundial da Saúde considera que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir destas produz uma conceituação de serviços integrados de saúde, como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (14).

Em 2003 ocorreu uma grave crise na atenção hospitalar pública do Estado de Minas Gerais, consignada como: “Minas tem muitos hospitais e pouca atenção hospitalar eficiente e de qualidade”. Havia no estado 593 hospitais contratados com o SUS, um total de 35.922 leitos. Isso representava uma relação de 2,35 leitos SUS por mil habitantes, uma relação média confortável. Contudo, constatou-se que apenas 17% dos hospitais tinham mais de 100 leitos; esses hospitais produziam 39% das internações e 33% dos hospitais tinham menos de 30 leitos. A taxa média de ocupação dos hospitais do SUS situava-se num valor médio de 38%, mas era inferior a 30% nos hospitais de menos de 30 leitos. A eficiência total média dos hospitais do SUS, medida pela DEA (análise de envoltório de dados) era de 0,30 nos hospitais de menos de 25 leitos, de 0,60 nos hospitais de 100 a 250 leitos, de 0,70 nos hospitais de mais de 250 leitos, e o que explicava esses diferenciais era a eficiência de escala. Das internações dos hospitais de menos de 30 leitos, 48,2% eram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que significava internações evitáveis ou desnecessárias. Essas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial consumiam mais de 125 milhões de reais por ano e se deviam, em maior parte, à Lei de Roemer, de indução da demanda pela oferta. Havia uma grande concentração de leitos resolutivos nas cidades médias e enormes vazios assistenciais nas cidades-polo de microrregiões e macrorregiões. Dados do Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) indicavam que os hospitais dispunham de baixíssima capacidade gerencial. Em geral, não havia programas de qualidade utilizados, rotineiramente, nos hospitais. Esse quadro hospitalar no SUS, no Estado de Minas, não estava bem diagnosticado. A crise era respondida por medidas tópicas destinadas a apoiar alguns poucos hospitais de maior prestígio político, por meio de convênios realizados em função de repercussões midiáticas da crise hospitalar, especialmente na capital do estado (12).

O diagnóstico realizado permitiu verificar que havia um excesso de hospitais; que a relação média leito por habitante era adequada, mas que faltavam leitos com capacidade resolutiva,

situados estrategicamente nas cidades-polo de micro e macrorregionais; que o sistema operava com uma enorme ineficiência sistêmica, decorrente da presença relativa de hospitais de baixa escala; que as taxas de ocupação eram muito baixas; que havia diferenças regionais nos percentuais de internação, que variavam de 6 a 8% da população por ano; que havia concentração da oferta com vazios assistenciais nas microrregiões e macrorregiões do estado, o que implicava custos sociais e econômicos para as pessoas e suas famílias na demanda hospitalar, e com investimentos de recursos com internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; que o sistema operava com baixa capacidade gerencial; que a baixa escala dos hospitais levava à baixa qualidade dos serviços prestados; e que não havia uma política de programas de melhoria da qualidade hospitalar. O diagnóstico provocou a formatação, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2003, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais, o PRO-HOSP, proposto em consonância com o “Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado”, que identificou quatro grandes problemas no estado que deveriam ser respondidos pela implantação de RAS: a mortalidade infantil e materna elevada, a “Rede Viva Vida”; a mortalidade elevada por doenças cardiovasculares e diabetes, a “Rede Hiperdia”; a mortalidade elevada por causas externas, a “Rede de Urgência e Emergência”; e o rápido envelhecimento da população, a “Rede Mais Vida”, de atenção às pessoas idosas. Cada uma dessas redes deveria articular as ações de atenção primária, secundária e terciária, de forma integrada. Os objetivos do PRO-HOSP seriam: fortalecer uma rede hospitalar pública socialmente necessária; aumentar a eficiência da atenção hospitalar; adensar tecnologicamente a atenção hospitalar; superar os vazios assistenciais hospitalares; atender às pessoas em suas regiões de origem; desenvolver a capacidade gerencial dos hospitais; diminuir as diferenças regionais da oferta por meio de financiamento equitativo; e melhorar a qualidade dos serviços prestados (12).

A operacionalização desses objetivos se materializaria em diferentes estratégias: assistencial, clínica, econômica de forma redistributiva, educacional, da qualidade, a implantação gradativa da acreditação hospitalar, iniciando-se com uma meta de se atingir o nível de acreditação 1 e a instituição de um prêmio de qualidade. A lógica convencional vigente foi seria substituída pelo instituto da contratualização. Haveria uma parceria entre o governo estadual, os governos municipais e os estabelecimentos hospitalares públicos e privados. O governo estadual, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, faria o repasse de recursos e os hospitais se obrigariam a cumprir metas gerenciais e assistenciais definidas em contratos de gestão. O

monitoramento dos contratos seria feito, conjuntamente, pelas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde. O PRO-HOSP atingiu, em 2010, 128 hospitais, 36 hospitais macrorregionais e 92 hospitais microrregionais, abrangendo todas as 13 microrregiões sanitárias e todas as 75 microrregiões sanitárias do estado. Os recursos aplicados no período de 2003 a 2010 superaram meio bilhão de reais. Os recursos foram da ordem de 40% para investimentos, 50% para custeio e 10% para a melhoria da capacidade gerencial (12).

Os sistemas de transporte em saúde têm como objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos nas RAS. Esses sistemas devem transportar as pessoas usuárias em busca de atenção à saúde, mas também garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde. Os sistemas de transporte em saúde são soluções logísticas transversais a todas as RAS, imprescindíveis para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (12).

Uma experiência exitosa de implantação de transporte em saúde tem sido desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008). Essa experiência mostra que se pode passar de um sistema de transporte em saúde caótico, ineficiente, para um sistema moderno, efetivo e humanizado, com um custo por pessoa transportada que corresponde a 25% desse custo no sistema tradicional (12).

Helvécio Miranda sugere, no seu livro “Desafios e Inovações na Gestão do SUS”, a construção de um modelo descentralizado com foco na atenção primária. A proposta seria organizar todo o sistema municipal de saúde em camadas territoriais baseadas em centros de Atenção Primária à Saúde, cujas equipes, potencializadas por suporte logístico e organizacional, se transformariam progressivamente em cuidadores diretos de determinada população e gestores do cuidado ao longo do tempo e da vida, independente de onde este fosse prestado, e ainda articulando atenção e promoção. Esse cuidado seria feito onde estão os diversos pontos de atenção de apoio de urgência, de especialidades, de saúde mental, de apoio diagnóstico, de atenção hospitalar. Essa rede territorializada seria descentralizada pela dimensão do município e temática, de acordo com as necessidades de saúde detectadas. As equipes da APS, gestores definitivos do cuidado integral, teriam que zelar pela prestação do cuidado, independente de onde ele ocorresse, munidos de um sistema de informação eficiente para dar essa condição de responsabilidade às equipes (15).

Sendo a APS o centro das redes, além de fortalecida e ampliada, ela ainda tem desafios a enfrentar no País: um dos maiores, a captação, a fixação e a satisfação do profissional médico, que se tornou um recurso escasso no Brasil em função da demanda gerada pelo crescimento do SUS nos últimos anos – e ainda exigir quantidade de médicos disponíveis para atender ao sistema, em especial a elas próprias, fixados e transferidos com o seu objeto de trabalho e satisfeitos com as atividades profissionais (15).

A proposta é utilizar, no mínimo, 70% de todos os novos recursos que vierem para a saúde com a APS, aí incluídas as ações de promoção à saúde, priorizando orçamentos para a atenção primária e suas redes. E os outros 30% para suprir topicamente pontos de atenção de especialidades, urgências e atenção hospitalar no conceito de rede centrada na APS. É preciso um ciclo virtuoso de investimentos e o monitoramento rigoroso da atenção primária no Brasil. Uma espécie de cruzada nacional pela APS, com o estabelecimento de um patamar mínimo de acesso, cuidado e qualidade a que todos os brasileiros terão direito, independente de onde morarem. Essa é nova marca da cidadania em saúde, cumprindo os princípios constitucionais e avançando na igualdade. Em maio de 2010, o governo federal lançou o “Programa de Crescimento 2 – PAC 2”, no qual uma das áreas de abrangência é a “comunidade cidadã” e se prevê a construção de 500 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 8.000 Unidades Básicas de Saúde, creches e pré-escolas, quadras esportivas nas escolas, praças do PAC e postos de polícia comunitária, mediante o investimento de vinte e três bilhões de reais, tendo como meta a presença dos estados nos bairros populares, aumentando, assim, a cobertura dos serviços. E mais, o PAC 2 Comunidade Cidadã traz a novidade dos milhares de creches – vitais para a redução da mortalidade infantil e para o futuro da educação e, por derivação, também para a saúde dos futuros adultos –, assim como a Praça do PAC, que é a expressão da intersetorialidade tanto defendida pela saúde, e os investimentos em esportes. A construção das UPAs, que devem compor a rede de suporte à APS como ponto de atenção contínua ou não, terão muita eficácia. O PAC 2 é, portanto, um ousado passo para se cumprir a Constituição Federal no seu capítulo da Saúde (15).

Com a prática da municipalização dos serviços no SUS, os estados e o governo federal, além de apoio, precisam montar, de forma parceira, mecanismos de monitoramento e verificação da APS em todo o País. Na educação não o município deve assumir a educação fundamental, assim como na saúde a APS em sua plenitude, se esse é o princípio do Pacto pela Saúde. Os desafios a serem enfrentados são o financiamento suficiente e sustentado, a revolucionária política de gestão de pessoas para o SUS e a conformação de redes integrais de atenção

focadas na APS, com permanente gestão e monitoramento de qualidade. Um desafio mais amplo do que o próprio setor de saúde é a articulação de várias políticas públicas para promovê-la, enfrentando questões cruciais como a violência e as drogas. E, para isso, é fundamental a articulação dos gestores, dos trabalhadores, dos usuários e dos pesquisadores, com o foco na defesa concreta do SUS (15).

As experiências da gestão focada na APS apresentam resultados de sucesso em saúde no Brasil e no mundo, nos indicadores, nos objetivos e na satisfação dos usuários. É necessário focar em hegemonia na luta desigual contra o aparato médico industrial e cultural da sociedade, que supervaloriza, mesmo com resultados pífios, a valorização da especialização – o primado dos procedimentos contra o cuidado – e do aparato de equipamentos onerosos e pouco resolutivos na prática (15).

Com as mudanças de modelos, os municípios estão se adequando e estruturando às novas diretrizes e aproveitando as oportunidades de financiamentos públicos, assim como de atendimento assistencial com qualidade, com foco nos usuários, cidadãos que possuem deveres e direitos a serem cumpridos. O SUS traz na sua concepção a diretriz da participação e do controle social e viabiliza, por meio das Conferências Nacionais de Saúde, que o povo brasileiro se manifeste, oriente e decida os rumos do Sistema. Nesse sentido foram realizadas a 10ª e a 11ª Conferência Municipal de Saúde de Betim, em 2009 e em 2011, com o objetivo de “reconstruir o SUS de Betim”, uma vez que a população da cidade, em 12 anos, aumentou de 200 mil para 441 mil habitantes em 2009. Implantou-se um modelo de gestão e de atenção à saúde do usuário, cidadão centro da atenção dos dirigentes do SUS e do governo municipal. Nessas conferências foram discutidas diretrizes e unidades de saúde, inclusive com a priorização das intervenções de infraestrutura física, prevendo obras de reforma e construções de estabelecimentos assistenciais de saúde mediante financiamentos públicos disponíveis (16).

O desenho das redes de atenção à saúde é feito sobre territórios sanitários combinando-se, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é a combinação de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos. Em regiões de baixa densidade demográfica, em conflito entre escala e acesso, prevalece o critério do acesso. Portanto, em algumas regiões brasileiras, as microrregiões devem ser definidas por

populações subótimas, existindo possíveis deseconomias de escala, pois o direito de acesso é soberano a critérios técnicos e econômicos (17).

1.1.4 Sistema de gestão da qualidade

Qualidade é o termo do século XXI, uma vez que são usuais as avaliações na qualidade de serviços, na qualidade de processos, na qualidade de vida, na acreditação em qualidade.

Considerando-se que a qualidade é fruto de valores e experiências individuais, parte dos atributos de qualidade de um produto ou serviço pode ser medida de forma objetiva, embora existam quesitos avaliados mediante paradigmas subjetivos. Entretanto, para a gestão de um programa de qualidade, é necessário dispor de evidências concretas do funcionamento da organização diante das expectativas, devendo, para isso, existir o registro sistêmico do desempenho de acordo com indicadores e a consolidação dos registros de forma coerente para as devidas análises (18).

As exigências da qualidade são decorrentes de um processo dinâmico, pois o que é considerado excelente até hoje pode amanhã ser ultrapassado e inaceitável, o que faz com que as empresas acompanhem a evolução das expectativas do mercado e a incorporação dos valores razoáveis para o produto e o serviço gerenciados (18).

Os Programas de Qualidade foram iniciados no meio industrial e vêm sendo introduzidos no setor de serviços mais recentemente, o que pode ser um fator positivo se tiver as experiências anteriores como referência para o sucesso nos resultados (18).

Os especialistas da qualidade recomendam ações e processos similares, entretanto, não existem fórmulas mágicas e sim trabalhos sistêmicos, e pessoas que trabalham em equipe e recursos específicos colaborando na mudança da cultura da organização (18).

O sistema administrativo, seja ele formal ou informal, é baseado em uma sequência de atividades inter-relacionadas com um objetivo, constituindo-se, portanto, em um processo. Padrões subjetivos e individuais são adotados normalmente no meio hospitalar no Brasil, o que constitui barreira ao processo de qualidade, considerando-se as normais oscilações nos meios e fins, assim como nos produtos e serviços com diferentes graus de eficiência, produtividade ou resultado. Portanto, para o processo de qualidade, é necessário definir o padrão desejável e instituir ações e meios de aferição da realidade em relação a este, definindo-se a variação

aceitável ou limites de tolerância, a partir dos quais devem ser adotadas medidas de correção (18).

A análise de problemas potenciais, que é a antecipação de possíveis problemas identificando-se as causas, as medidas que minimizem a possibilidade de ocorrer o problema e as medidas protetivas para reduzir os danos, caso ocorram, é uma forma de busca da qualidade. Uma situação comum na medicina, na qual existe até a especialidade de “medicina preventiva”; mas que, na administração de serviços de saúde, ainda é pouco usual. Essa busca da qualidade é a expectativa de aprimoramento nos resultados: produto ou processo considerado, com foco no inatingível (18).

No ambiente profissional moderno, o modelo gerencial mudou e os técnicos e gestores formam parcerias, o que influencia nas normas e atribuições, até na arquitetura dos espaços de trabalho, em função da crescente adesão à composição de equipes variáveis por projeto, até mesmo de escritórios virtuais, reduzindo custos e agregando satisfação (18).

Na terceirização e na quarteirização de serviços, todos os envolvidos compartilham a responsabilidade pela qualidade e cada um assegura a qualidade de sua parte no conjunto, para atingir um objetivo comum. Até pouco tempo, o campo da saúde tinha a globalização protegida por barreiras geográficas e técnicas, entretanto, existem brasileiros procurando tratamento no exterior, fazendo com que a busca pelo melhor fornecedor passe a ser um paradigma de qualidade e custo para os demais serviços, que têm de se ajustar a esse referencial para que não corram o risco de perder seu mercado (18).

O Brasil é um país de dimensões continentais, com enormes diferenças regionais, e o SUS na saúde ilustra essa situação com as dificuldades em encontrar soluções únicas que atendam às necessidades da população do Norte e do Sul, servindo pequenos hospitais de comunidades pobres da mesma forma que hospitais complexos de grandes centros urbanos. O paradigma do modelo mais complexo é inaplicável na maioria das situações reais (18).

A qualidade tem início, mas não tem fim, e é uma mudança de valores e posturas que norteia as atitudes individuais e organizacionais ao longo do tempo (18).

Ao longo da história, hotéis e hospitais destinavam-se a atender e servir viajantes, peregrinos e enfermos. Com o surgimento das especializações, diversas disciplinas tiveram que ser

ajustadas para atender aos novos conceitos, como arquitetura aos serviços hospitalares, dietas para pacientes, práticas para encantar o cliente nas demandas não assistenciais (19).

Os hotéis e os hospitais têm em comum os serviços de higiene, lavanderia, manutenção, recepção, cozinha, entre outros, embora tecnicamente distintos. Os hospitais possuem o mesmo conceito da hotelaria convencional e da forma de atender, receber o cliente (pacientes, acompanhantes, visitantes, familiares, médicos, entre outros ligados ao paciente). Além da organização das pessoas convencionais de um hotel (como garçons, camareiras, recepcionistas), nos hospitais devem ser efetuadas ações de humanização junto a todos os colaboradores assistenciais e administrativos (19).

A hotelaria hospitalar é a gestão em hospitalidade e humanização, na qual há necessidade de mudança e transformação nos hospitais; nas estruturas físicas, mediante mudanças de paradigmas em edifícios que antes possuíam internações que aprisionavam os pacientes e atualmente tendem a ser transformados em “prédios inteligentes”; nos processos internos com foco no atendimento de qualidade, transformando os indivíduos que compõem o grupo de pessoas que trabalham no hospital com foco na cura dos pacientes e no bem-estar geral dos clientes envolvidos (19).

Em 2001 foi publicada a Portaria 538/GM, de 17 de abril, na qual o Ministério da Saúde reconhece a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil. Publica-se também a Portaria 1970/GM, de 25 de outubro de 2001, na qual o Ministério da Saúde aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (3ª edição).

No ano de 2002 é publicada a Resolução RE Nº 921, na qual a ANVISA reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de Organizações de Serviços de Saúde no Brasil. No contexto do convênio de cooperação ONA-ANVISA 026/2001, a ANVISA promove as diversas consultas públicas e publica os Manuais de Acreditação das OPS: Hospitais, Hemoterapia, Laboratório Clínico, Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva.

A acreditação dos serviços de saúde é regulada, no País, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006, que dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação. Essa Resolução determina que a Organização

Nacional de Acreditação (ONA) e as instituições por ela credenciadas utilizem, no desenvolvimento do processo de acreditação, exclusivamente, os padrões e níveis definidos por aquele manual no que se refere às normas de: serviços hospitalares; serviços de hemoterapia; serviços de laboratório clínico; serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva; serviços de radiologia, diagnóstico por imagens, radioterapia e medicina nuclear; e serviços ambulatoriais, terapêuticos e de pronto atendimento (20). Em 2010 foi lançado o “Manual Brasileiro de Acreditação – Programa de Saúde e Prevenção de Riscos – versão 2010” (21). Em 2011 foi publicado o “Manual Brasileiro de Acreditação. Serviços para a Saúde. Selo de qualidade ONA” – versão 2011 (22).

O sistema de acreditação das “Redes de Atenção à Saúde” exige uma nova forma de acreditação, diferente da que vem sendo praticada. Na perspectiva sistêmica que marca o funcionamento das RAS não é suficiente acreditar, isoladamente, cada um dos seus componentes, pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio, porque é a operação harmoniosa e integrada de todos os elementos das redes que possibilita agregar valor para a população (23). Numa RAS, um excelente hospital, acreditado num nível superior, mas que não está organicamente articulado em rede com a APS, com a atenção ambulatorial secundária e com os sistemas de apoio, não garante que os seus serviços, separadamente, irão melhorar os níveis de saúde da população (12).

Os hospitais, nas RAS, devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e operar com padrões ótimos de qualidade. O exame do parque hospitalar público do SUS mostra uma situação de ineficiência sistêmica devido ao fato de que 79,9% das unidades em funcionamento têm menos de 100 leitos, o que significa que operam com significativas deseconomias de escala (24,25). Some-se a isso o fato de que há nos hospitais, em geral, uma relação muito estreita entre escala e qualidade. Assim, pode-se afirmar que a rede hospitalar do SUS deverá passar por um processo de reengenharia para que possa operar com eficiência e qualidade, o que implicará, no médio e no longo prazos, um menor número de hospitais com um maior número médio de leitos hospitalares, adensados tecnologicamente, seguindo uma tendência mundial.

Os programas de qualidade hospitalar devem ser desenvolvidos, especialmente, por meio de processos de acreditação hospitalar. Os hospitais brasileiros apresentam, em geral,

deficiências qualitativas importantes: somente 55 de 6.500 hospitais brasileiros estavam acreditados, no País, em 2003; desses, a grande maioria foi acreditada no nível 1 da Organização Nacional de Acreditação, que é o nível básico (12).

Um dos objetivos dos serviços de saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos predefinidos; são submetidos a medidas de *performance* nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados de acordo com as necessidades dos usuários; implicam programas de controle e qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários, de forma humanizada; satisfazem às expectativas dos usuários (26).

Os principais problemas relacionados com a qualidade hospitalar são: erros ou atrasos nos diagnósticos; falhas em seguir procedimentos recomendados, em realizar operações e exames usando procedimentos apropriados; na seleção e na prescrição de tratamentos e na assistência farmacêutica, além de atrasos desnecessários no tratamento e no compartilhamento de resultados de exames; uso de tratamento incorreto ou impróprio; falhas no uso de procedimentos profiláticos; fragilidade dos sistemas de monitoramento, revisão e controle; problemas com equipamentos; e falta de educação permanente para os profissionais. (27,28).

Evidências obtidas pelo Programa de Controle da Qualidade Hospitalar, em São Paulo, mostram que os hospitais acreditados superam os não acreditados em indicadores de eficiência e qualidade (29). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como objetivo induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de atenção básica, na oferta de serviços para assegurar maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população. O Ministério da Saúde prioriza a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas de reconhecimento da qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde oferece a ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), reafirmando seu compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica em todo o País. O instrumento compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no

âmbito do “Saúde Mais Perto de Você”, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como uma das principais estratégias indutoras de qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia da qualidade da atenção apresenta-se, atualmente, como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade compreende os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade: “Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização” (AB). A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de atenção básica com os gestores municipais, e destes com o MS, em processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A segunda fase é a de desenvolvimento do conjunto de ações que são empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional. A terceira fase é a da avaliação externa, quando se realiza um conjunto de ações que verifica as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e de equipes da atenção básica participantes do Programa. A quarta fase é constituída pelo processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, para instituir um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

A utilização dos recursos financeiros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) deve seguir o que está definido pelo parágrafo segundo do artigo 6º da Portaria 204/GM, de 29/01/2007, e pela Portaria nº 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica), considerando que se trata de um componente custeado com recursos oriundos do PAB-Variável. A Portaria nº 2.812, de 29 de novembro de 2011,

homologa a adesão dos municípios e das respectivas equipes de atenção básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

1.1.5 Estudos na área de manutenção

Um estudo comparativo dos serviços de manutenção utilizando a técnica de “mineração de dados” comparou a qualidade dos serviços de manutenção de dois hospitais na Colômbia, um deles com serviço próprio e o outro por contrato de terceiros. Para a pesquisa, foram feitas a compreensão do domínio, a caracterização de dados e a redução da amostra, a caracterização, a compreensão e a construção do indicador, que foi o tempo de rotação. A regressão linear múltipla e as técnicas de agrupamento foram utilizadas para melhorar a eficiência das tarefas de manutenção corretiva em um departamento de engenharia clínica. O resultado obtido foi que a instituição com serviço de manutenção próprio obteve melhores indicadores de qualidade que o serviço de manutenção por contrato. Concluiu-se, portanto, que houve dependência linear entre a disponibilidade e a produtividade do serviço (30).

Outro estudo sobre a gestão eficaz da manutenção dos edifícios compreendeu a forma como eram efetuados os relacionamentos organizacionais entre as diversas pessoas envolvidas nos processos, uma questão importante para possibilitar um ambiente de qualidade para os ocupantes de qualquer edifício. No entanto, verificou-se que os serviços de manutenção não eram prioritários na maioria das organizações, os objetivos e as metas das ações da “alta direção” não estavam alinhados com os conhecimentos técnicos e as ações do setor de manutenção, tal como deveriam estar. Os gerentes seniores, regularmente, se queixavam da falta de intervenção da direção dos departamentos de manutenção. O estudo concluiu, então, que é imprescindível identificar as principais diferenças entre os pontos de vista dos dirigentes, que devem estabelecer ações estratégicas, e do pessoal de manutenção responsável pelas atividades operacionais para que as informações e os conhecimentos técnicos, nas atividades interdisciplinares, possam possibilitar a eficiência nos processos de manutenção do edifício (2).

Foi feita uma pesquisa, a partir de estudos exploratórios, dos investimentos realizados pelo governo brasileiro para ampliação da oferta de serviços no Sistema Único de Saúde, no período de 1995 a 2001, em função do volume considerável de investimentos destinados ao setor, principalmente os realizados por intermédio do projeto “Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde” (REFORSUS). O objeto do estudo era o investimento realizado pelo

governo federal para ampliação da rede do SUS e sua articulação com a capacidade instalada, a taxa de ocupação de leitos hospitalares e a estabilidade no volume de recursos para a prestação continuada de serviços. Os dados analisados apontaram uma desarticulação entre a realização de investimentos para o aumento da oferta de serviços e a manutenção e a otimização da capacidade instalada. O estudo concluiu que havia necessidade de garantir a sustentabilidade econômico-financeira do sistema e a programação de novos investimentos considerando-se a análise da capacidade instalada e as possibilidades financeiras de garantir os recursos de custeio, para a prestação continuada da oferta adicional de serviços do SUS. O desafio para os gestores era como manter e aumentar a oferta de serviços de saúde, exigências dos princípios e diretrizes do SUS, quando não havia planejamento e garantia de aumento proporcional de recursos para o sistema para a cobertura da atenção à saúde da população com qualidade, eficiência e eficácia (31). Importante salientar que o SUS foi implantado recentemente no País e que as reformas sociais em ambiente democrático demandam processos e exigem habilidade política em prazos longos para viabilização, uma vez que mudanças rápidas são típicas de regimes governamentais autoritários (12).

No Estado de São Paulo, durante a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), uma estratégia para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram reações e movimentos contrários por parte dos trabalhadores da área da saúde ao desmonte dos aparatos federais e estaduais. Isso em vista do desconhecimento do processo e das razões dessas mudanças por grande parte dos trabalhadores da base intermediária e operacional do estado. As diretrizes e as decisões eram centralizadas e inexistiam mecanismos adequados de difusão da informação para os trabalhadores. A estrutura administrativa do governo do estado não teve estratégias de mecanismos eficientes e ágeis para difundir informações e promover a comunicação do conjunto de trabalhadores (32). A comunicação é um fenômeno administrativo, fundamental no processo de trabalho, e entende que o modo como uma ideia é transferida de uma fonte a um receptor interfere no comportamento do mesmo (33). Organizada com estruturas de informações lineares e com a ausência de política de desenvolvimento das pessoas inseridas no sistema de saúde, a administração central dessa instituição dificultou a implementação de padrões tecnológicos inovadores e criativos.

A forma de organização do trabalho nas instituições públicas é prescritiva e normativa, com visão weberiana e burocratizada, com baixo grau de autonomia e responsabilização. As estruturas governamentais refletem, ainda hoje, concentração de poderes e distanciamento destes das funções vitais que sustentam a existência institucional. Diante desse cenário, o

usuário não é bem atendido pelo setor público de saúde, uma vez que cumprir a hierarquia estabelecida nos serviços é mais importante que estabelecer relações de vínculo e responsabilização com o mesmo. Por meio dessa visão gerencial se analisa o trabalho de assistência à saúde desenvolvida no interior das instituições de prestação de serviços pertencentes às secretarias de saúde. As inovações arquitetônicas, a conformação física das enfermarias nos hospitais e nos ambulatórios sugerem, principalmente para as equipes de enfermagem, tipos de trabalho condicionados às normas organizacionais e constituídos por atividades parcelares e burocráticas. As transformações das práticas gerenciais exigem, portanto, a mudança das concepções de trabalho, de processo entre saúde e doença, além do reconhecimento da dimensão relacional no trabalho em saúde (32).

Um artigo de revisão analisa a dinâmica da acreditação em três realidades distintas – França, Reino Unido e Catalunha (Espanha) – e apresenta as diferenças significativas nos processos de acreditação implementados. O estudo consistiu na revisão documental e bibliográfica dos sistemas de saúde e dos modelos de acreditação nos três países, analisando a organização do sistema de saúde, o financiamento, os modos de regulação do sistema de saúde e o processo de acreditação. Na análise da acreditação identificaram-se aspectos relativos à institucionalidade e à normatização da ação, às diretrizes, às estratégias e aos resultados. O estudo evidenciou que a acreditação reflete significados em função das relações e das propostas de política nos países. Esta não pode ser compreendida apenas como uma ferramenta de qualidade que se oferece à adesão voluntária de hospitais, pois deve estar inserida no contexto das propostas políticas que delimitam sua aplicação em sistemas de saúde, bem como em função das características dos serviços de saúde existentes (34).

O estudo foi feito para investigar as estratégias de melhoria da qualidade nos sistemas de saúde em toda a União Européia com o objetivo de explorar a associação entre a implementação de estratégias de melhoria da qualidade em hospitais. Foram adotados dados sobre a implementação de sete estratégias de melhoria da qualidade (acreditação, programas de qualidade de organização de gestão, auditoria e avaliação interna dos padrões clínicos, sistemas de segurança do paciente, diretrizes de prática clínica, indicadores de desempenho e sistemas para a obtenção de pontos de vista dos pacientes), e quatro dimensões de saídas (a clínica, a segurança, o paciente sujeito e a transfronteiriça paciente sujeito) foram coletadas em 389 hospitais de cuidados agudos, em oito países da União Europeia, por meio de um questionário. Numa segunda fase, 89 desses hospitais participaram de uma auditoria no local pelos inspetores independentes e modelos de regressão linear foram utilizados para explorar

as associações e as relações entre as estratégias de melhoria da qualidade e a obtenção de resultados. Associações positivas foram encontradas entre seis estratégias de melhoria de qualidade internas dos hospitais. Os resultados indicaram que a auditoria interna e as estratégias de qualidade externas de melhoria nos hospitais tinham efeitos benéficos sobre as altas hospitalares avaliadas. Desta feita, a implementação de estratégias de qualidade interna bem como os sistemas de avaliação externa deveriam ser promovidos (35).

A qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada ao acolhimento e à satisfação do usuário, fundamentais no processo de mudança do trabalho em saúde. Nesse sentido, foi feito também um estudo em uma UBS de um município de médio porte no Brasil, quando foram analisadas a sua satisfação e participação no controle social por meio de uma pesquisa exploratória cujos dados foram coletados em uma entrevista estruturada. Os resultados mostraram que a maioria dos usuários estava satisfeita com o atendimento e revelaram como pontos positivos a resolutividade, a humanização e a solidariedade. Os pontos negativos se relacionavam com a demanda reprimida, a área física precária e a não participação. Concluiu-se, portanto, que a relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários fazia a diferença entre as práticas das ações de saúde, apesar das queixas que precisavam ser consideradas para um efetivo acolhimento. Seria também necessário haver investimentos nas estruturas físicas da UBS, o que possibilitaria condições adequadas de trabalho aos profissionais e conforto aos usuários (36).

O ambiente físico tem impacto significativo sobre a saúde e a segurança, no entanto, os hospitais não foram concebidos com o objetivo explícito de aumentar a segurança do paciente através de projeto de instalações (37).

Reiling (37) relatou em seu estudo uma experiência vivida nos Estados Unidos por líderes das áreas de saúde e de sistemas de engenharia, que se reuniram em abril de 2002, no Hospital de São José, da Comunidade de West Bend, para desenvolver um conjunto de itens de segurança orientados em recomendações que norteariam o projeto de um hospital novo com foco na segurança do paciente. Assim, por meio da introdução de inovações direcionadas à segurança e ao processo de concepção das instalações, os projetistas ambientais e os líderes na área de saúde poderiam oferecer contribuições significativas para a segurança do paciente. Os profissionais das diversas áreas concordaram que o ambiente físico tinha um impacto significativo na segurança e no desempenho humano, e que as condições latentes e as falhas em um serviço de saúde poderiam ser minimizadas por meio de estratégias para a concepção

das instalações. A pesquisa efetuada atestava o valor de práticas baseadas em princípios destinados a compensar as falhas cognitivas humanas, os quais, quando aplicados ao campo da saúde, incluiriam, por exemplo, a normalização, a simplificação e a utilização de protocolos e listas de verificação. Com a experiência, os funcionários de todas as áreas do Hospital São José expressaram seu orgulho de participar e influenciar na concepção do projeto, para que eles pudessem atender com segurança em espaços padronizados e adequados ambientalmente. Esses profissionais (arquitetos, engenheiros mecânicos, empreiteiros, mecânicos gerais, enfermeiros, administrativos, conselheiros, médicos), todos, manifestaram a sua transformação pessoal e constataram que mudaram o prédio e depois o prédio os mudou.

1.2 Justificativa

Considerando que as pesquisas referentes à manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais são escassas, assim como a constatação de que há importantes lacunas na literatura especializada afim, justifica-se, primeiramente, como sendo oportuno o presente estudo sob a condição de contribuição pontual à ampliação do acervo de conhecimentos na área.

Outra situação prática favorável ao presente estudo foram as atividades da pesquisadora como arquiteta junto ao SUS Betim e à FHEMIG, o que determinou a escolha dos Estabelecimentos pesquisados.

Ademais, registra-se a pertinência da colaboração pontual e competente de uma profissional auditora da “Organização Nacional de Acreditação” (ONA), o que agregou novos olhares e saberes na capacitação da pesquisadora na verificação dos quesitos da “gestão físico-funcional” em um Estabelecimento de Saúde, aqui focado como principal parâmetro na definição do plano amostral e, conseqüentemente, da coleta de dados empreendida.

Nessa direção, justifica-se ainda que a comparação dos resultados obtidos possibilitará a identificação dos requisitos e pressupostos de segurança aos usuários dos edifícios, para subsidiar ações dos responsáveis técnicos e as decisões da “alta direção” dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, com vistas à gestão físico-funcional dos edifícios de forma adequada, com qualidade e efetividade.

Em resumo, por meio da análise de casos concretos previamente selecionados e localizados no Estado de Minas Gerais, busca-se incorporar elementos e subsídios ao debate relativo aos

mecanismos inerentes ao processo de gestão da acreditação de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Contribuir com elementos e subsídios para o processo de gestão da acreditação através de uma análise situacional dos serviços de manutenção predial em unidades selecionadas de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde localizados no Estado de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os serviços de manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS).
- Avaliar de forma comparativa os requisitos favoráveis à melhoria da qualidade na prestação de serviços de manutenção predial nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde estudados, servindo como parâmetro para outros EAS.

3 PRODUTO

3.1 Artigo 1

0369/2012 – Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ABRASCO - Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro – RJ.

Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

Provision of Building Maintenance Services in health care facilities

Gláucia Maria Amorim – Amorim, G.M. – UNIMONTES/FHEMIG -
glauciamamorim@gmail.com

<http://lattes.cnpq.br/8920254238053432>

Co-autores

Eliana Cardoso Vieira Quintão – Quintão, E.C.V. – Empresa DNV – elianacvq@hotmail.com

Hercílio Martelli Júnior – Martelli, H.J. – UNIMONTES – hmjunior2000@yahoo.com

Paulo Rogério Ferreti Bonan – Bonan, P.R.F. – UNIMONTES – pbonan@yahoo.com

Conflito de Interesse?

Não

Opção de Submissão

Trabalho Novo, aprovado no dia 16/05/2012.

Área Temática

Planejamento e Gestão em Saúde

Resumo

O objetivo do trabalho foi avaliar (através de estudo descritivo, quantitativo e transversal) a prestação de serviços de manutenção predial em Unidades de Saúde, considerando os cinco tipos de Estabelecimentos (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento,

Especialidade, Hospitalar e Saúde Mental). A pesquisa foi aprovada no CEP da FHEMIG com o Termo de Concordância junto ao SUS Betim. Foi realizada a análise comparativa através da verificação de requisitos da “Gestão da Estrutura Físico-Funcional”, do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar” da ONA. Foram constatadas inconformidades na gestão físico-funcional dos EAS, especialmente das UBS. Importante essa avaliação, considerando que o cumprimento dos requisitos formais, técnicos e de estrutura, as atividades assistenciais, de acordo com a organização do serviço e adequadas ao perfil e à complexidade, podem colaborar para minimizar os riscos dos usuários. Para a melhoria da qualidade assistencial dos estabelecimentos, é imprescindível que os gestores, com o respaldo da “alta direção”, priorizem, nos planejamentos, os recursos financeiros, humanos e materiais a fim de garantir o cumprimento das exigências da segurança dos usuários nos edifícios.

Palavras-chave

Manutenção predial. Prestação de serviços. Gestão da manutenção. Planejamento físico. Serviços de saúde.

Abstract

The objective of this study was to evaluate (through a descriptive, quantitative and cross study) the provision of building maintenance services in health centers, considering the five types of facilities (Basic Health Unit, Emergency Unit, Specialty, Hospital and Health Mental). The research was approved by the Research Ethics Committee of FHEMIG with the Terms of agreement with the Health Care System of Betim. Comparative analysis was performed by checking the requirements for "Managing the Physical Structure-Function", of the "Brazilian Manual of Hospital Accreditation" of the “National Organization for Accreditation. Unconformities were noted in the management of physical-functional of the health centers, especially of the basic health units. Important that assessment, considering that the fulfillment of formal requirements, and technical structure, welfare activities, according to

the service organization and appropriate to the profile and complexity, can collaborate to minimize the risk of users. To improve the quality of health care establishments, it is essential that managers, backed by "top management", prioritize, in planning, financial resources, human and material to ensure compliance with security requirements of users in buildings.

Key-words

Building maintenance. Provision of services. Maintenance management. Physical planning. Health Services.

Introdução

A análise de um sistema de saúde deve focar a estruturação e o funcionamento, as articulações institucionais que apresenta, de acordo com as qualificações em relação à população abrangida e ao modelo assistencial implementado, assim como as formas de financiamento adotadas¹. Anteriormente, a rede de saúde no Brasil era centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, desintegrada, distribuída de forma inadequada segundo as regiões com as suas diversas características. O recente processo de municipalização da saúde brasileira vem viabilizando condições de melhoria, como resultado da participação das comunidades e dos movimentos sociais, possibilitando, assim, que a atenção primária seja priorizada, inclusive com a criação de normas e decretos relativos a novas formas de financiamentos públicos, e viabilizando aos gestores da saúde o cumprimento do preceito constitucional da integralidade². Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde vigora a visão de uma estrutura hierárquica definida por níveis de "complexidades" crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis do SUS, segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Essa visão é equivocada ao estabelecer que a atenção primária à saúde seja menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário³. Existe, portanto, a mudança de paradigma, que é o conceito de "Rede de Atenção à Saúde" (RAS), com a

decisão norteada por evidências dos sistemas fragmentados, voltados para as condições e os eventos agudos, para as redes de saúde, com foco nas condições agudas e crônicas. Experiências bem-sucedidas em outros países da União Europeia, nos Estados Unidos e no Canadá devem ser adequadas à realidade do sistema público brasileiro. O incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que possam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários. O sistema de pagamento por procedimentos sinaliza para os prestadores de serviços que ofertem mais serviços e mais caros para maximizar seus ganhos, o que os estimula a oferecer, não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível, ao tempo em que os desestimulam a ofertar intervenções voltadas para a promoção e a manutenção da saúde, fortalecendo, assim, um sistema de doença em detrimento de um sistema de saúde. Esse desalinhamento entre os objetivos do sistema de atenção à saúde e os seus mecanismos de financiamento explica o fato de que diversos procedimentos de saúde ofertados são desnecessários do ponto de vista sanitário³. O financiamento das redes envolve: o custeio com foco em mecanismos de pagamento para cobrir as necessidades e as demandas de saúde da sua população; o investimento na compatibilização da capacidade física com as necessidades da população e a racionalização da estrutura operacional de acordo com a capacidade fiscal e financeira e com o planejamento estratégico de investimentos para a rede. O financiamento dos componentes das RAS engloba o custeio e o alinhamento dos incentivos econômicos para favorecer a responsabilização compartilhada entre todos esses componentes; já o investimento, o direcionamento para os serviços de saúde, é feito segundo o plano estratégico, contemplando os princípios de economia de escala e de escopo em consonância com a qualidade³.

O aspecto físico dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) está intimamente vinculado à funcionalidade. Os processos inerentes à arquitetura, à engenharia, à organização, à administração, à manutenção, à bioengenharia, à engenharia clínica, à informática, à

organização, à administração, focados na área hospitalar, são meios, procedimentos e recursos que, juntamente com os profissionais de saúde, têm como finalidade viabilizar o objetivo comum para a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos usuários dos edifícios construídos para o fim assistencial⁴. O ambiente físico tem impacto significativo sobre a saúde e a segurança, no entanto, os hospitais não foram concebidos com o objetivo explícito de aumentar a segurança do paciente por meio de projeto de instalações⁵. Daí a importância de avaliar os aspectos físico-funcionais dos estabelecimentos construídos para fins assistenciais.

Avedis Donabedian (1919-2000), na década de 60, definiu que a garantia da qualidade em saúde significa o esforço permanente realizado no melhoramento da saúde, pela monitorização e avaliação continuada da estrutura, do processo e dos resultados da prestação dos serviços. Baseada nesse conceito, a avaliação, segundo o manual da ONA, considera que a estrutura, os processos e os resultados devem ser garantidos nos três níveis, cujos princípios são segurança, sistema de gestão integrado e excelência⁶. O manual é composto por seções que se desdobram em subseções e cada uma tem um padrão definido que deve ser evidenciado no processo de avaliação. O nível 2 traz o conceito de efetividade: manter-se sustentável no ambiente, apresentar resultados globais ao longo do tempo, cumprir o dever e aumentar o lucro (eficiência mais eficácia). Assim, as avaliações têm foco na busca da evidência de que os processos são eficazes, ou seja, conseguem atingir os seus objetivos, de forma eficiente, utilizando adequadamente os recursos, com o objetivo de atingirem melhores resultados ao longo do tempo. Resultado corresponde às consequências das atividades do serviço de saúde ou dos profissionais, em termos da melhoria do nível de saúde, da capacidade funcional restaurada, do alívio do sofrimento e da satisfação do cliente⁶.

Considerando que as pesquisas relativas à manutenção predial em EAS são escassas, além das deficiências constatadas na revisão literária, foi oportuna a escolha do tema. Outra situação prática favorável ao presente estudo foram as atividades da pesquisadora como arquiteta junto

ao SUS Betim e à FHEMIG, o que determinou a escolha dos Estabelecimentos pesquisados. Outro fator facilitador foi a colaboração de uma profissional auditora para a capacitação da pesquisadora na verificação dos quesitos da “gestão físico-funcional” em um Estabelecimento de Saúde, sendo esta, por conseguinte, a coleta amostral.

Com o propósito de realizar um levantamento situacional, este estudo objetivou avaliar, de forma comparativa, a prestação de serviços de manutenção predial em EAS localizados no Estado de Minas Gerais, uma vez que esse processo é imprescindível à garantia da segurança dos usuários dos edifícios assistenciais.

Metodologia

O objetivo do trabalho foi avaliar, por meio de estudo descritivo, quantitativo e transversal, a prestação de serviços de manutenção predial em Unidades de Saúde, considerando os cinco tipos de Estabelecimentos (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Especialidade, Hospitalar e Saúde Mental). Realizado no período de julho a novembro de 2011, em 61 EAS localizados no Estado de Minas Gerais, Brasil (Tabela 1), o estudo foi feito por meio da verificação de quesitos da “Gestão Físico-Funcional”, já validada, adotados no “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação”, ONA-3, versão 2010^{6,7}. Nos roteiros para a acreditação dos Estabelecimentos, são adotadas várias verificações em diversos quesitos; entretanto, no estudo em questão, foram utilizados aqueles referentes aos processos inerentes à infraestrutura. Para o cálculo de associação entre as variáveis coletadas, foi utilizado o “teste Qui-quadrado” quando apropriado, e o “teste exato de Fisher”, quando necessário. Tais testes indicam se há ou não associação significativa entre variáveis categóricas.

Constituem os 61 EAS pesquisados:

– Clínica de Hematologia (Especialidade), coleta amostral mediante a orientação da médica Eliana Quintão de como se faz uma auditoria baseada em requisitos do “Manual Brasileiro de

Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde”, versão 2010, da ONA. A clínica foi acreditada pela ONA, “acreditação plena, nível 2”, Empresa DNV/junho 2010⁶.

– 57 EAS da rede SUS Betim: 34 UBSs, 12 Especialidades, 5 Saúde Mental, 4 UPAs e 2 Hospitalares.

– 3 unidades hospitalares da FHEMIG (total 25), que se encontram em processo de acreditação pela ONA. O Hospital Regional Antônio Dias, localizado em Patos de Minas, recebeu o selo ONA de acreditação plena nível 1 – DNV, em 2011.

Os quesitos com os itens de verificação foram acompanhados pelos responsáveis dos serviços de manutenção predial mediante consentimento formal e assinado em um Termo de Consentimento. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FHEMIG sob o Parecer número 052/2011, em reunião do dia 07/07/2011. E, mediante Termo de Concordância assinado pela Secretaria Municipal de Betim, foi autorizada também a pesquisa do SUS Betim, no dia 22/08/2011.

Resultados e discussão

Na Tabela 2 estão os dados referentes às características gerais das instituições, aos aspectos assistenciais e físicos que são pré-requisitos para se candidatar ao processo de avaliação para Acreditação pela ONA. Foram verificados documentos relativos aos projetos físicos nos órgãos necessários (regularização urbana municipal, VISA, Corpo de Bombeiros), assim como a composição e a organização da equipe responsável pela gestão da manutenção predial do edifício.

Observa-se que nem todos os EAS atendem aos pré-requisitos exigidos para o atendimento do princípio da segurança dos usuários do Edifício, conforme o nível 1 do Manual de Acreditação da ONA, quais sejam:

– Responsável técnico registrado (50%) e existência de alvarás de funcionamento (49%) e sanitário (48%), quesitos, em geral, não atendidos pelas UBSs e UPAs. Segundo a RDC 63,

de 25/11/2011⁸, “os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local”. Entretanto, a ONA define como uma das diretrizes, para a contratação do processo de avaliação de diagnóstico e de certificação, possuir alvará de funcionamento, licença sanitária e registro do responsável técnico, independente da esfera administrativa enquadrada. Na prática, foi constatado nos hospitais e unidades especializadas (Farmácia, Banco de Leite, hematologia) que os profissionais médicos e farmacêuticos estão atentos à exigência de seu registro como responsáveis técnicos perante seus conselhos de classe.

– Todos os EAS possuem Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) ativo. Este é a base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde para o gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, dar visibilidade ao controle social a ser exercido pela população, além de disponibilizar informações das condições de infraestrutura de funcionamento dos EAS. Entretanto, em alguns cadastros consultados pela pesquisadora na internet, foram constatadas deficiências de dados e informações desatualizadas.

– “Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio e Pânico”: 21,3% estão aprovados pelo Corpo de Bombeiros, um quesito fundamental para a segurança dos usuários nos edifícios. Na Tabela 3 constata-se que 36,1% dos EAS possuem “sinalização de fácil entendimento e visualização que oriente o acesso a todas as áreas da organização, com controle nas áreas restritas”; 24,6% não possuem. 57,4% atendem ao quesito “condições de segurança e visualização clara e de fácil compreensão para obras, atividades de conservação, manutenção e situações de emergência”. Esses itens são imprescindíveis à segurança dos usuários, que, já

se encontrando em situação de “cuidados”, não podem estar “vulneráveis a situações de riscos”. Atualmente, não se exige apenas a execução dos serviços incluídos no projeto aprovado, o EAS tem que ser vistoriado e ministrar treinamentos constantes, mediante a simulação de possíveis eventos, com o objetivo de reduzir os riscos de forma preventiva e para que usuários, especialmente os trabalhadores, no caso de terem que enfrentar a situação, estejam preparados para controlar as chamas do fogo com segurança, pois, na maioria das vezes, o pânico dos que tentam se salvar acarreta mais vítimas que o próprio acidente.

– 9,8% dos EAS possuem PPRA atualizado e implantado. A Norma Regulamentadora 9 (NR 9), por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no título “Programa de Prevenção de Riscos Ambientais”, estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação de um programa de “Higiene Ocupacional” visando à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores pela antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho.

–13,1% possuem PGRSS elaborados e implantados, apesar das exigências legais (RDC 306/2004 da ANVISA e CONAMA 358/2005). Esse documento aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas as suas características, contemplando os aspectos referentes à geração, à segregação, ao acondicionamento, à coleta interna, ao armazenamento, ao transporte, ao tratamento e à destinação final, bem como os aspectos relativos à proteção à saúde pública e à segurança ocupacional do pessoal envolvido nas etapas do gerenciamento de resíduos.

Na Tabela 3, as variáveis se referem aos requisitos do padrão do nível 1 do Manual da ONA, requisitos formais, técnicos e de estrutura para as atividades, que asseguram uma estrutura físico-funcional adequada ao perfil e à complexidade da organização, minimizando riscos e promovendo a ambiência. Na tabela existe um item que identifica os EAS em Processo de Acreditação da ONA (5 dos 61 pesquisados). O Hospital Regional de Betim iniciou seu

processo de acreditação para participar do “Prêmio Célio de Castro”, que consiste no reconhecimento dos hospitais integrantes do PRO-HOSP destacados em relação à gestão da qualidade e que tenham apresentado as melhores práticas, com base em critérios definidos pela ONA e pela ANVISA, processo ainda não finalizado.

Pelos resultados obtidos quanto à “Gestão da Estrutura Físico-Funcional”, constata-se que, em diversos EAS, vários requisitos formais, técnicos e de estrutura ainda não são atendidos, quais sejam:

– 3,3% possuem “condições operacionais e de infraestrutura para execução das atividades, considerando-se o perfil e a complexidade da organização”, e 96,7% atendem parcialmente a esse quesito, que é uma condição básica e situação imprescindível para a gestão físico-funcional.

– A maioria (93,4%) gerencia as condições de infraestrutura física para a segurança dos profissionais, clientes e circundantes, considerando que a atividade assistencial preconiza ações de cuidados que, lhes sendo inerentes, tornam os gestores vigilantes nesse aspecto.

– 24,6% efetuam o planejamento das obras; a maioria (73,8%) cumpre parcialmente o quesito.

– 26,2% possuem projetos atualizados e em conformidade com o edificado, situação imprescindível para viabilizar e facilitar a gestão física do prédio, pois é necessário o cadastro de todas as instalações físicas com vistas à identificação de problemas para as possíveis e necessárias manutenções preventivas e corretivas, além de obras de reforma e acréscimos.

– 36,1% possuem condições de acessibilidade para pessoas portadoras de necessidades especiais. Antes das orientações legais da NBR 9050/2004, existiam as exigências técnicas da RDC 50 de 21/02/2002 – que “dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde” –, nas quais se estabeleciam os quesitos construtivos para permitir a acessibilidade a portadores de necessidades especiais. Item este também contemplado nas exigências das

VISAs para a aprovação de construções de estabelecimentos de saúde, uma vez que os usuários dos estabelecimentos podem ser portadores, temporariamente, de dificuldades de locomoção, de necessidades especiais, e as exigências construtivas são itens para permitir o acesso e o fluxo de forma universal.

– 13,1% gerenciam, operam e controlam os equipamentos de infraestrutura; um estabelecimento deveria ter elevador para o fluxo de usuários entre dois pavimentos; 4 UPAs não possuíam gerador, mas se encontravam em processo de aquisição por exigência legal, na época da pesquisa, para começar a receber recursos do Ministério da Saúde para custeio. Em outros 48 EAS, a exigência não se aplica como em todas as unidades básicas e algumas de especialidades.

– 14,8% apresentam a sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos. Existe manutenção corretiva na maior parte destes, mas não existem equipes com profissionais em quantidade suficiente e com capacitação adequada para a programação dos serviços preventivos, fundamentais para evitar transtornos que comprometem, inclusive, o funcionamento e o atendimento adequado nas unidades assistenciais. A “Manutenção Administrativa ou Programada”, devidamente organizada, estrutura e assessora, inclusive com a colaboração de especialistas contratados que planejam, realizam e implantam controles de funcionalidade, de eficiência e de manutenção; cuida das condições de operacionalidade do prédio; faz projeções; sugere providências; analisa as áreas críticas; orienta as Manutenções Preventivas e Corretivas no sentido de possibilitar a segurança máxima da continuidade operacional, prevenindo, dessa forma, acidentes, falhas, interrupções, omissões, descontinuidades e emergências. Assim, prevê necessidades atuais e futuras; planeja carências; implanta programas e projetos; aloca verbas; providencia recursos humanos, materiais, capacitações, de acordo com cronogramas físico-financeiros junto à Administração do EAS⁴. A gestão de edifícios é feita por meio do gerenciamento de facilidades, que é

fundamental para a sustentabilidade nos edifícios, mediante o consumo racional de energia, água e materiais, diminuindo o volume de resíduos gerados, possibilitando a garantia das funções dos subsistemas por toda a vida útil do edifício. A gestão da informação contribui para o desenvolvimento dos programas estabelecidos pelos gestores⁹. Com relação aos quesitos de segurança na gestão e operação dos sistemas de água, energia elétrica, gases, vapores, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede lógica, 73,8% dos EAS os atendem parcialmente, pois apenas 26,2% gerenciam todos os itens. Segundo Karman et al.⁴, o EAS é um “permanente canteiro de obras” e uma “instituição à espera de conclusão”. Cada vez maiores são as necessidades de adequações e alterações, em função de avanços tecnológicos, e de reformas; obras novas se sucedem; equipamentos e instalações são substituídos com frequência; a vida útil dos produtos e o desafio contra a obsolescência física e funcional geram a necessidade de planejamento, de ação e de investimento cada vez mais ágeis.

– Segundo Karman et al.^{4,10}, os responsáveis pela manutenção dos EAS devem possuir conhecimento técnico adequado para o planejamento e a execução das atividades operacionais e de manutenção predial, gerando rotinas de trabalho que abranjam instalações e equipamentos do Edifício. Devem criar arquivos, informatizar os processos, capacitar as equipes com o objetivo de atender a comunidade no quesito da saúde. Todos os EAS pesquisados possuem responsáveis pelas equipes de manutenção predial, mas a maioria não possui qualificação específica, sendo necessária, portanto, a sua capacitação para a gestão adequada dos serviços. Existe pouca valorização dessa atividade em relação às diretrizes do corpo administrativo das unidades, assim como pouca destinação de recursos financeiros para possibilitar as ações e os serviços de manutenção predial nos edifícios, especialmente as “administrativas, preventivas e de rotina”. Ainda prevalecem as manutenções corretivas, que, segundo Karman et al.^{4,10}, ocorrem por ausência ou deficiência nas programações das demais

manutenções, gerando maiores custos funcionais e financeiros. Constatou-se que, além das equipes próprias para a manutenção predial, em 91,8% dos EAS contratam-se serviços terceirizados (Tabela 2), para os quais também são demandados profissionais especializados, com conhecimento técnico para a gestão e o controle dos processos nas diversas etapas de contratação até à conferência dos mesmos, tanto nos prédios públicos quanto nos privados. Para assegurar a manutenção e a operacionalidade, é importante existir equipes com profissionais adequados. Na terceirização e na quarteirização de serviços, todos os envolvidos compartilham a responsabilidade pela qualidade¹¹.

A Tabela 4 mostra o cruzamento entre o tipo de EAS e as variáveis necessárias para a obtenção dos alvarás de funcionamento e sanitário exigidos para as atividades assistenciais de saúde. Existe correlação entre os dados, pois, para a liberação do alvará sanitário, é imprescindível que o projeto arquitetônico esteja aprovado na VISA, assim como, para a emissão de alvará de funcionamento, é necessário que o projeto arquitetônico esteja aprovado na Prefeitura de acordo com a regulação urbana. As UBSs e UPAs pesquisadas não possuem tais alvarás, ao contrário das unidades hospitalares e outros como Farmácia, Banco de Leite, cujos programas de governo exigem médicos e farmacêuticos como responsáveis técnicos. Inclusive, no item de monitoramento da qualidade da água, essas unidades especializadas possuem a exigência desse controle, que é feito com a garantia de selos de qualidade dos Laboratórios. A RDC 63/2011 confirma que os serviços públicos não precisam ter o Alvará Sanitário, mas devem ser visitados pela VISA local e seguir todos os requisitos exigidos para as BPF, que são os componentes da Garantia da Qualidade. Entretanto, para a ONA, o alvará sanitário é exigência e condição para se habilitar ao processo de acreditação.

A Tabela 5 mostra o cruzamento entre o tipo de EAS e as variáveis pesquisadas quanto aos aspectos físicos, como projetos aprovados pelo Corpo de Bombeiros e pela concessionária de energia elétrica. Identifica também o cruzamento com aspectos de manutenção. Outros pré-

requisitos avaliados foram os cruzamentos entre os PPRA e os PGRSS e os diversos tipos de EAS pesquisados.

A Tabela 6 apresenta o cruzamento entre o tipo de EAS e as variáveis pesquisadas referentes aos quesitos de segurança aos usuários adotados para a verificação da qualidade no atendimento assistencial. A maior parte dos itens indica haver associação significativa no cruzamento entre os EAS e as variáveis descritas na tabela.

A Tabela 7 apresenta o cruzamento entre o tipo de EAS e as variáveis referentes às condições básicas de acessibilidade para pessoas com necessidades especiais: sinalização de fácil entendimento e visualização que oriente o acesso e o fluxo, com a indicação de saídas de emergência no prédio. Outras variáveis pesquisadas foram o monitoramento da limpeza e da desinfecção dos reservatórios de água, além da análise e do controle da potabilidade da água periodicamente. Esses itens indicam haver associação significativa do cruzamento entre os EAS e essas variáveis.

A Tabela 8 descreve o cruzamento entre o tipo de EAS e as variáveis da gestão dos sistemas de água, energia elétrica, gases, vapores, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia, rede de lógica, assim como de equipamentos de infraestrutura de acordo com o porte e o dimensionado às necessidades do serviço.

Quanto à sistemática preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, outra variável estudada, constatou-se que é feita a manutenção corretiva na maior parte dos EAS, não existindo ainda a programação das preventivas. A administração do EAS deve compreender o sistema de manutenção em relação à efetividade operacional quando o prédio é novo e ao longo da sua existência, de modo que não sejam necessárias paralisações para reformas e substituições, situações que comprometem o funcionamento adequado aos usuários, principalmente o estabelecimento público, que está programado para uma determinada

população de abrangência⁴. Foi constatado, em 24,6% dos prédios, o planejamento das obras e que a maioria (73,8%) cumpre parcialmente tal quesito. Com relação aos “sistemas de conservação e recuperação da estrutura física predial e do mobiliário, de acordo com o porte e o dimensionado às necessidades do serviço”, 68,9% atendem ao quesito, somente 6,6% não atende e 24,6% parcialmente. Percebe-se preocupação com o estado de conservação dos edifícios e dos mobiliários dos EAS estudados. Quase não são feitos “Planos de Contingências” na gestão da estrutura físico-funcional. O “Plano de Contingência ou Planejamento de Riscos” tem o objetivo de descrever as medidas a serem tomadas pelos gestores, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer com que seus processos vitais voltem a funcionar plenamente. No caso dos Estabelecimentos de Saúde, devem ser previstas ações e procedimentos para eventuais problemas que possam ocorrer e inviabilizar o atendimento proposto aos usuários. Em alguns estabelecimentos foi constatada a existência de “Plano de Contingência” para a substituição de algum equipamento que deixe de funcionar, contando com a colaboração de outras Unidades das respectivas redes, como no caso de Betim e na FHEMIG. Existem paralisações passíveis de serem programadas por meio de estudos de custos/benefícios para subsidiar as “tomadas de decisão” da “alta direção”; já a interrupção não programada no fornecimento de oxigênio ou energia elétrica (mesmo o gerador pode falhar na falta de energia, na ausência de testes rotineiros de monitoramento de seu funcionamento), por exemplo, no caso de pacientes críticos, tem preço em vidas e sequelas, ocorrências inadmissíveis na concepção da manutenção programada e na continuidade operacional⁴.

A qualidade é um atributo tão importante nos serviços de saúde, que diversas legislações têm sido implementadas para a regulação e o controle dos vários processos nos estabelecimentos, como a RDC 63/2011, que dispõe sobre os “Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde” e define os serviços de saúde como estabelecimentos de saúde

destinados a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, na recuperação e na reabilitação. O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços, assim como utilizar a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento. Os quesitos exigidos na infraestrutura para as “Boas Práticas” são basicamente os mesmos previstos no nível 1 do Manual da ONA⁶.

No estudo efetuado nos 61 EAS, constata-se ser muito recente a mudança de paradigmas na gestão da manutenção predial dos edifícios. Os gerentes se queixam de falta de intervenção da direção nos serviços de manutenção. Portanto, é imprescindível identificar as principais diferenças entre os pontos de vista dos dirigentes, que devem estabelecer ações estratégicas, e do pessoal responsável pelas atividades operacionais, para que as informações e os conhecimentos técnicos, nas atividades interdisciplinares, possibilitem a eficiência nos processos de manutenção do edifício¹².

Com a mudança dos paradigmas organizacionais e estruturais dos EAS em função das políticas e diretrizes assistenciais, tornaram-se necessárias as atividades dos profissionais especialistas em arquitetura e engenharia para construções, reformas, ampliações e adequações físicas de acordo com os modelos contemporâneos, assim como tecnologias disponíveis com toda a complexidade das instalações prediais. O perfil do gestor de serviços de manutenção predial evoluiu de artífice habilidoso para pessoa detentora de nível universitário, de cursos de pós-graduação e aperfeiçoamentos. Cabe a esse gestor o domínio da complexidade e da tecnicidade do edifício, estar atento às demandas de reparos, conservação, operacionalidade, avaliação de custos/benefícios, orçamentos, novos investimentos, equipamentos, obras e instalações, para subsidiar a adequada tomada de decisão, demandas estas muitas vezes oriundas da “alta direção” do hospital, pessoas com desconhecimento técnico dos assuntos envolvidos⁴. Todos os 61 EAS pesquisados possuem

responsável pela equipe de manutenção predial. Alguns sem especialização adequada, mas tendo que se capacitarem com a prática e a vivência profissional, sobrecarregados com diversas outras atividades.

Outra questão a ser observada é a hotelaria hospitalar, que é a gestão em hospitalidade e humanização, na qual há necessidade de mudança e transformação dos hospitais nas estruturas físicas, com mudanças de paradigmas, pois os edifícios possuíam internações que antes aprisionavam os pacientes, mas a tendência atual é que sejam transformados em “prédios inteligentes”, com processos internos focados no atendimento de qualidade. Os indivíduos que compõem as equipes do hospital devem estar focados na cura dos pacientes, assim como no bem-estar geral dos clientes envolvidos ¹³. Observam-se as mudanças e as transformações necessárias em basicamente todos os hospitais da FHEMIG, cujas estruturas físicas, na maioria das vezes, são da década de 30, alguns com funções completamente distintas da assistência atual.

Outra mudança de paradigma são os modelos construtivos dos edifícios destinados às assistências da atenção primária e às especialidades. Conforme constatado na pesquisa, das 34 UBS de Betim, cerca da metade funciona em sede própria; as demais estão instaladas em construções, na maioria, de uso residencial, alugadas, carecendo de adequações físicas para o funcionamento mínimo das atividades necessárias. Percebe-se, portanto, que essa situação implica em estabelecimentos, muitas vezes sem projetos arquitetônicos passíveis de aprovação junto à regulação urbana do município, assim como das VISAs municipais e/ou estaduais; por conseguinte, não possuidores de alvarás de funcionamento e sanitário. Até poucos anos atrás não existiam financiamentos para construção, reforma e manutenção de áreas físicas das UBS.

Recentemente, os governos federal e estadual estão disponibilizando recursos financeiros para esse fim mediante programas da SES destinados à construção de novas sedes. Em 2011 foi

lançado um programa do Ministério da Saúde para “requalificação”, ampliação, de modo a possibilitar reformas e recuperação de áreas físicas para as UBS. Tais recursos, ainda insuficientes, precisam de complementação de recursos próprios dos municípios, que, na grande maioria, já disponibilizam recursos elevados para o custeio das Unidades, entre diversas outras prioridades. Há, portanto, com a priorização dos financiamentos de recursos públicos, uma tendência em aprimorar as construções das novas unidades de saúde mediante alternativas de modelos construtivos adequados aos serviços de atenção primária da saúde, assim como de atendimentos especializados e de saúde mental.

A ONA trabalha com o conceito de evento sentinela (Norma Orientadora 4), que é a ocorrência inesperada ou a variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física ou psicológica, ou riscos dos mesmos. Tais eventos podem ocorrer com o profissional da saúde, o cliente ou o paciente. Assim, ocorrências que envolvam a infraestrutura e os usuários de uma instituição de saúde podem comprometer a condição de “acreditado”⁶. As condições que causam erro humano podem ser minimizadas ou eliminadas no contexto hospitalar, levando à diminuição de eventos adversos e de mortes evitáveis, contribuindo para a segurança e a qualidade na assistência do paciente. Esse resultado é possível na medida em que o “Projeto de Hospitais Sentinela” está apresentando os resultados das informações qualificadas sobre o desempenho dos produtos de saúde utilizados no Brasil e notificando os eventos adversos e as queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médico-hospitalares¹⁴.

Conclusão

De acordo com as “Boas Práticas de Qualidade” e os itens de verificação da “gestão físico-funcional” da ONA, o serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda, a modalidade de assistência prestada e a legislação vigente.

Com relação à gestão de infraestrutura, o serviço de saúde deve ter projeto básico de arquitetura atualizado, em conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela VISA e demais órgãos competentes; suas instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, gás, climatização, proteção e combate a incêndio, comunicação e outras existentes devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes; já as instalações físicas dos ambientes externos e internos devem ser mantidas em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. Ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às suas atividades devem ser desenvolvidas; seus edifícios devem dotados de iluminação e ventilação compatíveis com as atividades; neles deve-se garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento, por meio da limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses, e ser mantido o registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água, assim como garantir a continuidade do seu fornecimento, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, principalmente nos locais em que a água é considerada insumo crítico. Deve ser garantida a continuidade do fornecimento de energia elétrica, em situações de interrupção pela concessionária, por meio de sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que esta é considerada insumo crítico. As ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais devem ser garantidas de forma própria ou terceirizada.

Dessa forma, a ONA tem como objetivo contribuir para a melhoria contínua dos serviços de saúde tendo como foco a satisfação do cliente, considerando seus requisitos declarados ou não.

Pelo presente estudo, diante dos resultados obtidos nos 61 EAS pesquisados, constata-se que poucos estabelecimentos cumprem os quesitos de segurança imprescindíveis ao funcionamento mínimo, que é a garantia de infraestrutura física, de recursos humanos, de equipamentos, de insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo

com a demanda, a modalidade de assistência prestada e a legislação vigente, com qualidade e efetividade. Entretanto, com as mudanças de paradigmas nos modelos assistenciais nas RAS, os programas de qualidade vigentes, assim como a forma de financiamento dos sistemas de saúde irão colaborar para estabelecimentos e serviços mais seguros, não só os pesquisados, mas para todos os implantados no País, públicos e privados. Os estabelecimentos estudados, provavelmente, refletem a situação nacional, que não deve ser muito diferente da situação constatada, qual seja, que os edifícios não são seguros com relação à gestão físico-funcional.

Colaborações dos autores

GM Amorim participou ativamente na elaboração teórica, na execução, tabulação e discussão dos resultados.

ECV Quintão participou ativamente na elaboração e execução do trabalho.

HM Junior participou na conceituação teórico-metodológica e nas possibilidades de execução do trabalho.

PRF Bonan orientou e participou ativamente em todas as etapas do trabalho, atuando na elaboração teórica, na execução, tabulação e discussão dos resultados.

Referências

1. Elias P. Saúde no Brasil. São Paulo: Cortez-Cedec; 1996.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Rev C S Col.* 2003; 8(2): 569-584.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Karman JB, Fiorentini D, Karman J N. M. Manutenção hospitalar preditiva. São Paulo: Pini; 1994.

5. Reiling, J. Safety by design. Safe design of healthcare facilities. *Qual Saf Health Care* 2006;15:i34-i40 doi:10.1136/qshc.2006.019422.
6. Organização Nacional de Acreditação (ONA). Manual brasileiro de acreditação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação – ONA-3. Brasília; 2010.
7. Det Norke Veritas (DNV). Curso de formação do auditor interno da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Brasília; 2010.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. 2011 28 nov; Seção 1:44-46.
9. Miquelin LC. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: CEDAS; 1992.
10. Karman JB, Fiorentini D, Karman JNM. Manutenção incorporada à arquitetura hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.
11. Csapski CA. Qualidade em estabelecimentos de saúde. São Paulo: Editora SENAC; 1999. (Série Apontamentos).
12. Lee H, Scott D. Construindo relacionamentos para uma melhor manutenção. *Jt Comm Saf Patient J Qual*. 2008;34(12):724-33. PMID:19297840 [Pubmed – indexado para o MEDLINE.
13. Boeger M. Hotelaria hospitalar: gestão em hospitalidade e humanização. São Paulo: Editora Senac, 2009.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Projeto Hospitais Sentinela [Internet]; 2001.

Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/index.htm>.

TABELAS

Tabela 1. Estabelecimentos de saúde agrupados analisados. Minas Gerais-2011

| Estabelecimentos de Saúde | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|--------------|
| UBS | 34 | 55,7 |
| Unidades especializadas | 13 | 21,3 |
| Unidades hospitalares | 5 | 8,2 |
| Unidades saúde mental | 5 | 8,2 |
| UPA | 4 | 6,6 |
| Total | 61 | 100,0 |

Fonte: Autora.

Tabela 2. Características gerais das instituições, aspectos assistenciais e físicos (n=61). Minas Gerais, 2011

| Variáveis | Sim (n/%) | Não (n/%) | Parcial (n/%) | Não se aplica (n/%) | Não informado (n/%) |
|---|--------------|--------------|------------------|------------------------|------------------------|
| Tem responsável técnico registrado? | 11/18 | 50/82 | 0/0 | 0 | 0 |
| Possui Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) *ativo? | 61/100 | 0/0 | 0/0 | 0 | 0 |
| Possui Alvará de Funcionamento? | 9/14,8 | 49/80,3 | 0/0 | 0 | 3/4,9 |
| Possui Alvará Sanitário? | 9/14,8 | 48/78,6 | 2/3,3 | 0 | 2/3,3 |
| Possui projeto arquitetônico aprovado na Vigilância Sanitária? | 13/21,3 | 31/50,8 | 1/1,6 | 0 | 16/26,74 |
| Possui projeto arquitetônico aprovado na Prefeitura de acordo com a regulação urbana? | 2/3,3 | 59/96,7 | 0/0 | 0 | 0 |
| Projeto de Prevenção de Combate a Incêndio e Pânico aprovado pelo Corpo de Bombeiros? | 13/21,3 | 31/50,8 | 6/9,8 | 0 | 8/18,1 |
| Projeto elétrico aprovado na CEMIG? | 61/100 | 0/0 | 0/0 | 0 | 0 |
| Responsável pela equipe de manutenção predial? | 61/100 | 0/0 | 0/0 | 0 | 0 |
| Equipe de manutenção é a mesma de equipamentos? | 57/93,4 | 4/6,6 | 0/0 | 0 | 0 |
| Existem serviços terceirizados para a manutenção predial? | 56/91,8 | 5/8,2 | 0/0 | 0 | 0 |
| Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) atualizado e implantado? | 6/9,8 | 53/86,9 | 2/3,3 | 0 | 0 |
| Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde implantado (PGRSS)? | 8/13,1 | 32/52,5 | 19/31,1 | 0 | 2/3,3 |

Fonte: Autora.

Tabela 3. Requisitos da gestão da estrutura físico-funcional. (n=61). Minas Gerais, 2011

| Variável | Sim (n/%) | Não (n/%) | Parcial (n/%) | Não se aplica | Não informado |
|---|--------------|--------------|------------------|------------------|------------------|
| Profissionais com capacitação compatível, dimensionadas às necessidades do serviço | 2/3,3 | 2/3,3 | 57/93,4 | 0 | 0 |
| Condições operacionais e de infraestrutura para execução das atividades, considerando o perfil e a complexidade da organização | 2/3,3 | 0/0 | 59/96,7 | 0 | 0 |
| Gerencia as condições de infraestrutura físico-funcional para a segurança dos profissionais, clientes e circundantes | 57/93,4 | 4/6,6 | 0/0 | 0 | 0 |
| Planejamento de obras | 15/24,6 | 1/1,6 | 45/73,8 | 0 | 0 |
| Projetos atualizados e em conformidade com o edificado | 16/26,2 | 27/44,3 | 6/9,8 | 0 | 12 |
| Condições de acessibilidade para pessoas com necessidades especiais | 22/36,1 | 2/3,3 | 37/60,7 | 0 | 0 |
| Condições de segurança e sinalização clara e de fácil compreensão para obras, atividades de conservação, manutenção e situações de emergência | 35/57,4 | 2/3,3 | 24/39,3 | 0 | 0 |
| Sinalização de fácil entendimento e visualização que oriente o acesso a todas as áreas da organização, com controle nas áreas restritas | 22/36,1 | 15/24,6 | 24/39,3 | 0 | 0 |
| Saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão | 21/34,4 | 39/63,9 | 1/1,6 | 0 | 0 |
| Monitora a limpeza e desinfecção dos reservatórios de água | 28/45,9 | 14/23,0 | 15/24,6 | 0 | 4 |
| Monitora a análise e o controle da potabilidade da água periodicamente | 10/16,4 | 48/78,7 | 2/3,3 | 1 | 0 |
| Gerencia, opera e controla os sistemas de água, energia elétrica, gases, vapores, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede lógica | 16/26,2 | 0/0 | 45/73,8 | 0 | 0 |
| Gerencia, opera e controla os equipamentos de infraestrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros), de acordo com o porte e dimensionamento às necessidades do serviço | 8/13,1 | 1/1,6 | 4/6,6 | 48 | 0 |
| Sistemas de conservação e recuperação da estrutura física predial e do mobiliário, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço | 42/68,9 | 4/6,6 | 15/24,6 | 0 | 0 |
| Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos | 9/14,8 | 2/3,3 | 50/82 | 0 | 0 |
| Sistemática de calibração dos equipamentos | 51/83,6 | 1/1,6 | 2/3,3 | 3 | 4 |
| Gerência riscos** assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e responsabilidade civil (**envolve os ciclos de prevenção, detecção e mitigação do risco visando um sistema seguro) | 61/100 | 0/0 | 0/0 | 0 | 0 |
| Planos de contingências | 5/8,2 | 1/1,6 | 52/85,2 | 0 | 3 |
| Processo Acreditação da ONA – Organização Nacional de Acreditação | 5/8,2 | 55/90,2 | 1/1,6 | 0 | 0 |

Fonte: Autora.

Tabela 4. “Alvarás”. Minas Gerais, 2011

| Item pesquisado/ Unidade | Sim (n/%) | Não (n/%) | Parcial (n/%) | P | Não se aplica ou não informado |
|---|--------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------------------|
| Possui Alvará de Funcionamento? | | | | | |
| UBS | 2 | 32 | 0 | 0,000 | 0 |
| Unidades especializadas | 4 | 8 | 0 | | 1 |
| Unidades hospitalares | 3 | 0 | 0 | | 2 |
| Unidades saúde mental | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| UPA | 0 | 4 | 0 | | 0 |
| Possui Alvará Sanitário? | | | | | |
| UBS | 2 | 32 | 0 | 0,001 | 0 |
| Unidades especializadas | 3 | 6 | 2 | | 2 |
| Unidades hospitalares | 4 | 1 | 0 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| UPA | 0 | 4 | 0 | | 0 |
| Possui projeto arquitetônico aprovado na Vigilância Sanitária? | | | | | |
| UBS | 2 | 22 | 0 | 0,000 | 10 |
| Unidades especializadas | 8 | 3 | 0 | | 2 |
| Unidades hospitalares | 3 | 1 | 1 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 4 | 0 | | 1 |
| UPA | 0 | 1 | 0 | | 3 |

Fonte: Autora.

Valor de corte de 0,05: valores menores indicam que há uma associação significativa

Tabela 5. Aspectos físicos e de manutenção dos estabelecimentos. Minas Gerais, 2011

| Item pesquisado/ Unidade | Sim (n/%) | Não (n/%) | Parcial (n/%) | p | Não se aplica ou não informado |
|---|--------------|--------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Possui projeto de Prevenção de Combate a Incêndio e Pânico aprovado junto ao Corpo de Bombeiros? | | | | | |
| UBS | 2 | 25 | 1 | 0,000 | 6 |
| Unidades especializadas | 8 | 2 | 2 | | 1 |
| Unidades hospitalares | 3 | 0 | 2 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 4 | 1 | | 0 |
| UPA | 0 | 0 | 0 | | 4 |
| Projeto aprovado na CEMIG? | | | | | |
| UBS | 0 | 34 | 0 | não há teste | 0 |
| Unidades especializadas | 0 | 13 | 0 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| UPA | 0 | 4 | 0 | | 0 |
| Responsável pela equipe de manutenção predial? | | | | | |
| UBS | 0 | 34 | 0 | não há teste | 0 |
| Unidades especializadas | 0 | 13 | 0 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| UPA | 0 | 4 | 0 | | 0 |
| Equipe de manutenção é a mesma de equipamentos? | | | | | |
| UBS | 34 | 0 | 0 | 0,000 | 0 |
| Unidades especializadas | 13 | 0 | 0 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 1 | 4 | 0 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 5 | 0 | 0 | | 0 |
| UPA | 4 | 0 | 0 | | 0 |
| PPRA atualizado e implantado? | | | | | |
| UBS | 1 | 32 | 1 | 0,000 | 0 |
| Unidades especializadas | 1 | 12 | 0 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 4 | 0 | 1 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| UPA | 0 | 4 | 0 | | 0 |
| PGRSS implantado? | | | | | |
| UBS | 1 | 19 | 14 | 0,005 | 0 |
| Unidades especializadas | 2 | 7 | 2 | | 2 |
| Unidades hospitalares | 3 | 0 | 2 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 2 | 3 | 0 | | 0 |
| UPA | 0 | 3 | 1 | | 0 |

Fonte: Autora.

 Valor de corte de 0,05: valores menores indicam que há uma associação significativa

Tabela 6. Tipo de estabelecimento e gestão da estrutura físico-funcional. Minas Gerais, 2011

| Item pesquisado/ Unidade | Sim (n/%) | Não (n/%) | Parcial (n/%) | P | Não se aplica ou não informado |
|---|--------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------------------|
| Profissionais com capacitação compatível, dimensionadas às necessidades do serviço | | | | | |
| UBS | 0 | 0 | 34 | 0,000 | 0 |
| Unidades especializadas | 0 | 0 | 13 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 2 | 2 | 1 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 0 | 5 | | 0 |
| UPA | 0 | 0 | 4 | | 0 |
| Condições operacionais e de infraestrutura para execução das atividades, considerando o perfil e a complexidade da organização | | | | | |
| UBS | 0 | 0 | 34 | 0,012 | 0 |
| Unidades especializadas | 0 | 0 | 13 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 2 | 0 | 3 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 0 | 5 | | 0 |
| UPA | 0 | 0 | 4 | | 0 |
| Planejamento de obras | | | | | |
| UBS | 5 | 1 | 28 | 0,016 | 0 |
| Unidades especializadas | 8 | 0 | 5 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 2 | 0 | 3 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 0 | 5 | | 0 |
| UPA | 0 | 0 | 4 | | 0 |
| Projetos atualizados e em conformidade com o edificado | | | | | |
| UBS | 5 | 21 | 1 | 0,000 | 7 |
| Unidades especializadas | 8 | 2 | 3 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 2 | 1 | 2 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 3 | 0 | | 2 |
| UPA | 1 | 0 | 0 | | 3 |

Fonte: Autora.

Valor de corte de 0,05: valores menores indicam que há uma associação significativa

Tabela 7. Tipo de estabelecimento e gestão da estrutura físico-funcional. Minas Gerais, 2011

| Item pesquisado/ Unidade | Sim (n/%) | Não (n/%) | Parcial (n/%) | P | Não se aplica ou não informado |
|--|--------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------------------|
| Condições de acessibilidade para pessoas com necessidades especiais | | | | | |
| UBS | 8 | 1 | 25 | 0,003 | 0 |
| Unidades especializadas | 8 | 0 | 5 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 4 | 1 | 0 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 0 | 5 | | 0 |
| UPA | 2 | 0 | 2 | | 0 |
| Sinalização de fácil entendimento e visualização que oriente o acesso a todas as áreas da organização, com controle nas áreas restritas | | | | | |
| UBS | 6 | 12 | 16 | 0,000 | 0 |
| Unidades especializadas | 11 | 1 | 1 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 3 | 1 | 1 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 1 | 4 | | 0 |
| UPA | 2 | 0 | 2 | | 0 |
| Saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão | | | | | |
| UBS | 6 | 28 | 0 | 0,000 | 0 |
| Unidades especializadas | 10 | 3 | 0 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 3 | 1 | 1 | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 5 | 0 | | 0 |
| UPA | 2 | 2 | 0 | | 0 |
| Monitora a análise e controle da potabilidade da água periodicamente | | | | | |
| UBS | 2 | 32 | | 0,000 | 0 |
| Unidades especializadas | 3 | 7 | | | 3 |
| Unidades hospitalares | 5 | 0 | | | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 5 | | | 0 |
| UPA | 0 | 4 | | | 0 |

Fonte: Autora.

 Valor de corte de 0,05: valores menores indicam que há uma associação significativa

Tabela 8. Tipo de estabelecimento e gestão da estrutura físico-funcional. Minas Gerais, 2011

| Item pesquisado/ Unidade | Sim (n/%) | Não (n/%) | Parcial (n/%) | P | Não se aplica ou não informado |
|--|--------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------------------|
| Gerencia, opera e controla os sistemas de água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede lógica | | | | | |
| UBS | 0 | 4 | 30 | | 0 |
| Unidades especializadas | 0 | 9 | 4 | | 0 |
| Unidades hospitalares | 0 | 3 | 2 | 0,000 | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 0 | 5 | | 0 |
| UPA | 0 | 0 | 4 | | 0 |
| Gerencia, opera e controla os equipamentos de infraestrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros), de acordo com o porte e o dimensionamento às necessidades do serviço | | | | | |
| UBS | 0 | 0 | 0 | | 34 |
| Unidades especializadas | 3 | 0 | 0 | | 10 |
| Unidades hospitalares | 5 | 0 | 0 | 0,000 | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 1 | 0 | | 4 |
| UPA | 0 | 0 | 4 | | 0 |
| Planos de contingências | | | | | |
| UBS | 0 | 0 | 34 | | 0 |
| Unidades especializadas | 0 | 2 | 9 | | 2 |
| Unidades hospitalares | 1 | 3 | 1 | 0,000 | 0 |
| Unidades saúde mental | 0 | 0 | 4 | | 1 |
| UPA | 0 | 0 | 4 | | 0 |

Fonte: Autora.

Valor de corte de 0,05: valores menores indicam que há uma associação significativa

4 RESULTADOS

Nos 61 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, 60 pertencentes à rede pública municipal e estadual, em apenas 24,6% dos prédios é feito o planejamento das obras e a maioria (73,8%) cumpre parcialmente esse quesito. Com relação aos “sistemas de conservação e recuperação da estrutura física predial e do mobiliário, de acordo com o porte e o dimensionado às necessidades do serviço”, 68,9% atendem ao quesito, somente 6,6% não atendem e 24,6% parcialmente. Portanto, percebe-se já uma preocupação com o estado de conservação dos edifícios e mobiliários dos Estabelecimentos estudados.

No cruzamento de tipos de Estabelecimentos e variáveis pesquisadas sobre os Aspectos Físicos e de Manutenção Predial, vários quesitos indicam que há associação significativa como a existência de alvarás de funcionamento e sanitário, projetos de combate a incêndio e pânico aprovados pelo Corpo de Bombeiros, PPRA atualizado e implantado, PGRSS implantado, profissionais com capacitação compatível e dimensionados às necessidades dos serviços, condições de infraestrutura para a execução das atividades, planejamento de obras, projetos atualizados, condições de acessibilidade para pessoas com necessidades especiais, sinalização, saídas de emergência.

No cruzamento de tipos de Estabelecimentos e variáveis pesquisadas sobre a “Gestão da Estrutura Físico-Funcional”, vários quesitos indicam que há associação significativa como o gerenciamento e o controle dos sistemas de água, energia elétrica, gases, vapores, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede de lógica; o gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura; a sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos; os planos de contingência e o Processo de Acreditação da ONA.

A RDC 65/2011 confirma que os serviços públicos não precisam ter o Alvará Sanitário, mas devem ser visitados pela VISA local e seguir todos os requisitos exigidos para as Boas Práticas de Funcionamento (BPF), que são os componentes da Garantia da Qualidade.

Existem vários quesitos a serem melhorados e atendidos para o gerenciamento da estrutura físico-funcional, das instalações, do mobiliário e dos equipamentos, de forma adequada à segurança e à integridade para o desenvolvimento das atividades institucionais.

No período de 8 anos, de 2004 a 2012, o “Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais” do SUS em Minas Gerais (PRO-HOSP) destinou cerca de quinze milhões de reais para custeio/revitalização, obras, equipamentos, serviços e consumo no Hospital Regional Antônio Dias, da rede FHEMIG e localizado em Patos de Minas. Com a “acreditação plena nível 1” do Hospital em 2011, percebem-se os resultados dos investimentos do PRO-HOSP, uma vez que os objetivos desse Programa são fortalecer as redes hospitalares públicas socialmente necessárias, desenvolver a capacidade gerencial dos hospitais e melhorar a qualidade dos serviços prestados (12)

A maioria das Unidades Básicas de Saúde ainda são instaladas em construções residenciais adaptadas, às vezes alugadas, que precisam passar por adequações físicas para o funcionamento mínimo das atividades necessárias. No entanto, os governos estadual e federal estão disponibilizando, para os municípios, recursos financeiros para a Política Nacional de Atenção Básica no Programa de Requalificação das Unidades com sede própria, no componente reforma (Portaria 2206 de 14/09/2011) e no componente ampliação (Portaria 2394 de 11/11/2011).

No município de Betim estão sendo captados e disponibilizados recursos financeiros públicos significativos para a estruturação física da rede SUS por meio dos seguintes instrumentos legais:

- Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Foram disponibilizados recursos financeiros para a construção de 4 UPAs, sendo dois milhões e seiscentos mil para a construção de 2 unidades e dois milhões para as outras 2 unidades. Como o município já implantou essas unidades, denominadas Unidades de Atendimento Imediato (UAI), na década de 1990, tais recursos são insuficientes para as novas construções, uma vez que existem os serviços implantados e já consolidados junto às populações de abrangência. Para a construção da UPA da regional Norte, conforme modelo estabelecido pela Secretaria de Estado de Minas Gerais, além dos dois milhões do MS serão necessários um milhão e seiscentos mil reais de complementação com recursos próprios do município. Já a construção da UPA da regional Alterosas, planejada em 2009 para ampliar a área física em consequência das necessidades locais da rede SUS, inclusive com o aumento dos leitos

de observação, ainda existem falhas na rede por insuficiência de leitos de retaguarda para a internação hospitalar, o que prejudica o fluxo adequado dos usuários na referência e contra referência da rede. Para suprir parte da insuficiência do quantitativo de leitos de internação, está sendo prevista a construção de mais um hospital no município de Betim com a capacidade de 240 leitos.

- Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Foram disponibilizados recursos financeiros de 400 mil reais para cada UBS. Insuficientes para o programa de necessidades assistenciais de Betim, tais recursos dependem de complementação de recursos financeiros pelo município, que está construindo duas unidades com esses recursos, ao passo que as demais 9 UBS previstas inicialmente dependem de complementação orçamentária para a execução das obras. Estão previstos recursos financeiros federais do “Programa de Aceleração do Crescimento” (PAC 2), no valor de 400 mil reais, para a construção de uma UBS. Foram alocados recursos para colaborar na construção de 2 UBS da Secretaria de Estado de Minas Gerais, no valor de 880 mil reais, cujas obras já se encontram em andamento, e parte dos recursos financeiros já foram disponibilizados para o município de Betim.
- Portaria nº 2.814, de 29 de novembro de 2011, que habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), no componente Reforma de Unidades Básicas de Saúde. Foram captados cerca de dois milhões e seiscentos mil reais para as reformas de 17 UBS que possuem sede própria.
- Portaria nº 2.911, de 8 de dezembro de 2011, que habilita municípios a receberem recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família e ao incentivo para a construção dos “Polos da Academia da Saúde”. Academia a ser implantada próxima à UBS Marimba, no valor de 100 mil reais.
- Portaria nº 3.164, de 27 de dezembro de 2011, que habilita municípios a receberem recursos referentes ao incentivo para a construção dos Polos da Academia da Saúde.

Serão implantadas academias próximas à UBS Cruzeiro do Sul e à UBS Bandeirinhas, no valor de 100 mil reais cada uma.

- Convênio Ministério da Saúde, processo aprovado pelo Sistema de Convênio (SICONV). O convênio prevê, no Contrato de Repasse nº 037420564, a construção de mais um hospital regional, no valor de 69 milhões de reais, mais seis milhões de contrapartida com recursos próprios (total de 75 milhões de reais) – projeto este aprovado pelo “Orçamento Participativo” de 2010. O hospital terá a capacidade de 240 leitos, com o objetivo de suprir parte do déficit de 485 leitos hospitalares em Betim. Esse déficit baseia-se no parâmetro de leitos hospitalares de 2,68 leitos/1.000 habitantes (IBGE/DPE/COPIS/GEADD).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados de qualidade no atendimento com foco no usuário do sistema de saúde são alcançados a partir do cumprimento dos quesitos de verificação de segurança da gestão físico-funcional dos EAS, que demandam planejamentos e recursos que, nos serviços públicos, são obtidos por meio de órgãos financiadores e de programas de governo. Constatase que é imprescindível a sinergia entre os diversos processos demandados com as diretrizes assistenciais dos EAS. Historicamente, as políticas de saúde acompanham as diretrizes das ações e as prioridades nos diversos sistemas em função das demandas epidemiológicas, o que reflete na concepção das construções, que devem ser concebidas com qualidade arquitetônica associada às exigências técnicas e legais. A manutenção orgânica, vinculada aos projetos físicos – concebidos com materiais e de forma adequados, prevendo possibilidades de acréscimos, de remanejamentos, de áreas físicas, de instalações ordinárias e especiais –, assim como aos equipamentos e à funcionalidade, facilita e possibilita a continuidade das manutenções, consideradas operacionais (administrativa, preventiva, regular ou de rotina, corretiva, vigilante e de emergência) (6).

A partir do cumprimento dos requisitos formais, técnicos e de estrutura, as atividades assistenciais, de acordo com a organização do serviço e adequadas ao perfil e à complexidade da organização, podem colaborar para minimizar os riscos e promover a ambiência no que se refere ao tratamento do espaço. Para a melhoria da qualidade assistencial dos estabelecimentos de saúde, é imprescindível que os gestores priorizem, nos planejamentos gerais, nas diversas etapas, inclusive os recursos financeiros, humanos e materiais necessários a fim de garantir o cumprimento das exigências da segurança dos usuários nos edifícios, com o respaldo da “alta direção”.

O estudo em questão demandou muito tempo da pesquisadora para a coleta dos dados – de julho a novembro de 2011 – e só foi possível em função da disponibilidade e da colaboração de diversas pessoas nas instituições pesquisadas. Isso fez com que a pesquisadora tivesse que efetuar a coleta de dados por meio de visitas técnicas aos 61 Estabelecimentos, quando fez a verificação de todos os itens listados nas planilhas por ela elaboradas (Apêndices A e B). A amostragem é considerada significativa, uma vez que o estudo abrangeu uma coleta amostral supervisionada e orientada por uma auditora da DNV/ONA, em todos os estabelecimentos de saúde da rede SUS Betim e nos três hospitais em processo de acreditação pela ONA da rede FHEMIG. A limitação do estudo está na inexistência de dados coletados sobre o tema, coleta

que a pesquisadora teve que efetuar, além da pouca disponibilidade de referencial teórico de datas recentes, o que levou à consulta em pesquisas correlatas.

Novos estudos poderão ser realizados a partir dos diversos dados coletados nos 61 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde analisados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Miquelin LC. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: CEDAS; 1992.
2. Lee H, Scott D. Construindo relacionamentos para uma melhor manutenção. *Jt Comm Saf Patient J Qual.* 2008; 34(12):724-33. PMID: 19297840 [PubMed – indexado para o MEDLINE].
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC Resolução da Diretoria Colegiada 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. *Diário Oficial da União.* 2011 28 nov; Seção 1: 44-46.
4. Karman JB, Fiorentini D, Karman JNM. Manutenção hospitalar preditiva. São Paulo: Pini; 1994.
5. Prado, RTA. Contribuição ao estudo do papel da engenharia nas interações entre o homem, o edifício e o ambiente [tese de livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola Politécnica; 2003.
6. Karman JB, Fiorentini D, Karman, JNM. Manutenção incorporada à arquitetura hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.
7. Magalhães JR HM. Tema 1 – Administração de material, patrimônio e serviços do SUS municipal: administração na área de saúde: uma perspectiva para gestores municipais: gestão municipal de saúde. Textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Elias P. Saúde no Brasil. São Paulo: Cortez-Cedec; 1996.
9. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Rev C S Col.* 2003; 8(2): 569-584.
10. Sala A. A avaliação de programas de saúde: programação em saúde hoje. Hucitec: São Paulo; 1993.
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1998. Brasília: Senado Federal; 1998.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
13. World Health Organization (OMS). Gaining health: the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
14. World Health Organization (WHO). Integrated health services: what and why? Technical Brief No. 1. Geneva; 2008.
15. Magalhães JR HM. Entrevista à Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. [Internet]. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/entrevistas/entrevista_int.php?id_entrevista=2 26/10/2010

16. 10ª Conferência Municipal de Saúde de Betim. 1ª Conferência Municipal de Saúde Ambiental de Betim. Reconstruindo o SUS Betim com participação popular. Relatório Final. *Caderno do SUS Betim-MG*. 2009; Ano I:108.
17. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Oficina 2: Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Guia do Participante. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2009.
18. Csapski CA. Qualidade em estabelecimento de saúde. Série Apontamentos Saúde. São Paulo: Editora Senac; 1999.
19. Boeger M. Hotelaria hospitalar: gestão em hospitalidade e humanização. São Paulo: Editora Senac; 2009.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006. Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as normas para o processo de avaliação. *Diário Oficial da União*. 2006 19 jul. Versão republicada.
21. Organização Nacional de Acreditação (ONA). Manual brasileiro de acreditação: programa de saúde e prevenção de riscos. Brasília; 2010.
22. Organização Nacional de Acreditação (ONA). Manual brasileiro de acreditação: serviços para a saúde: selo de qualidade ONA. Brasília; 2011.
23. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2007.
24. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: McKee M, Healy J, editors. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002.
25. Mendes EV. A atenção primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
26. Dlugacz YD, Restifo A, Greenwood A. The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco: John Wiley & Sons; 2004.
27. Kisil M. Qualidade e performance hospitalar no Brasil: revisão analítica da literatura. Brasília: Banco Mundial; 2003.
28. Sampaio LFR. A qualidade do cuidado nas instituições hospitalares brasileiras. Brasília: Banco Mundial; 2004.
29. LaForgia G, Couttolenc B. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington: The World Bank; 2008.
30. Cruz AM, Aguilera-Huertas WA, DA Mora-Díaz. A comparative study of maintenance services using the data-mining technique. *Revista Salud Publica* [online]. Bogotá 2009 Aug;11(4):653-61.

31. Soares A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2007 jul.; 23(7):1565-1572,.
32. Fraccolli LA, Maeda ST. A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet] 2000 Jun;34(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200012..
33. Flores C. F. Inventando la empresa del siglo XXI. Chile: HACHETE; 1989.
34. Fortes MT, Mattos RA, Baptista TWF. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. *Rev. Assoc. Med. Bras*. [Internet] 2011 mar;57(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200025>.
35. Sunol R, Vallejo P, Thompson A, Lombarts MJ, Shaw CD, Klazinga N. Impact of quality strategies on hospital outputs. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18 (Suppl. 1): i62-i68.
36. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Publica*. Bogotá 2010 Jun;12(3):402-413.
37. Reiling, J. Safety by design. Safe design of healthcare facilities. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:i34-i40 doi:10.1136/qshc.2006.019422.

APÊNDICES

APÊNDICE A

| 1/2 | | Qualidade na Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde | | | |
|--|--|--|-----|----------------|---------------|
| | | Aprovado no Comitê de Ética de Pesquisa – CEP – da FHEMIG com o NÚMERO 052/2011, na reunião deliberativa realizada no dia 07 Julho de 2011 | | | |
| COLETA DE DADOS | | | | | |
| Item | Descrição | | | | |
| 1.0 Caracterização do EAS | | | | | |
| 1.1 | Nome da Instituição | | | | |
| | | SIM | NÃO | NÚMERO | Observação |
| 1.2 | Responsável técnico registrado | | | | |
| 1.3 | Possui CNES atualizado | | | | |
| 1.4 | Possui Alvará de funcionamento | | | | |
| 1.5 | Possui Alvará Sanitário | | | | |
| 1.6 | Endereço | | | | |
| 2.0 Caracterização Assistencial | | | | | |
| 2.1 | Ambulatório | | | | |
| 2.2 | Emergência | | | | |
| 2.3 | Internação | | | | |
| 3.0 Caracterização Física | | | | | |
| 3.1 | | | | m ² | |
| 3.2 | Área construída | | | m ² | |
| 3.3 | Pavimentos | | | | |
| 3.4 | Projeto arquitetônico aprovado na VISA | | | | |
| 3.5 | Projeto arquitetônico aprovado na Prefeitura de acordo com a regulação urbana | | | | |
| 3.6 | Projeto de Prevenção de Combate a Incêndio e Pânico aprovado junto ao Corpo de Bombeiros | | | | |
| 3.7 | Projeto aprovado na CEMIG | | | | |
| 3.8 | Responsável pela equipe de manutenção predial | | | | Escolaridade: |
| 3.9 | Equipe de manutenção é a mesma de equipamentos? | | | | |
| 3.10 | Número de pessoas compõe a equipe de manutenção predial | | | | |
| 3.11 | Existem serviços terceirizados para a manutenção predial | | | | |

APÊNDICE B

| 2/2 | | Qualidade na Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde | | | |
|---|---|--|------------|---------------------|-------------------|
| | | Aprovado no Comitê de Ética de Pesquisa – CEP – da FHEMIG com o NÚMERO 052/2011, na reunião deliberativa realizada no dia 07 Julho de 2011 | | | |
| COLETA DE DADOS | | | | | |
| Item | Descrição | | | | |
| | Lista de verificação dos requisitos padrão Manual de Acreditação Hospitalar, 2010 | Nível 1 - Padrão - Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura* para as atividades; assegura uma estrutura físico-funcional adequada ao perfil e complexidade da organização, minimizando riscos e promovendo | | | |
| GESTÃO DA ESTRUTURA FÍSICO-FUNCIONAL | | | | | |
| 1.0 | REQUISITOS PADRÃO | SIM | NÃO | PARCIALMENTE | Observação |
| 1.1 | Profissionais com capacitação compatível, dimensionadas às necessidades do serviço | | | | |
| 1.2 | Condições operacionais e de infraestrutura para execução das atividades, considerando o perfil e a complexidade da organização | | | | |
| 1.3 | Gerencia as condições de infraestrutura físico-funcional para a segurança dos profissionais, clientes e circundantes | | | | |
| 1.4 | Planejamento de obras | | | | |
| 1.5 | Projetos atualizados e em conformidade com o edificado | | | | |
| 1.6 | Condições de acessibilidade para pessoas com necessidades especiais | | | | |
| 1.7 | Condições de segurança e sinalização clara e de fácil compreensão para obras, atividades de conservação, manutenção e situações de emergência | | | | |
| 1.8 | Sinalização de fácil entendimento e visualização que oriente o acesso a todas as áreas da organização, com controle nas áreas | | | | |
| 1.9 | Saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão | | | | |
| 1.10 | Monitora a limpeza e desinfecção dos reservatórios de água | | | | |
| 1.11 | Monitora a análise e controle da potabilidade da água periodicamente | | | | |
| 1.12 | Gerencia, opera e controla os sistemas de água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede lógica, de acordo com o porte e dimensionamento às necessidades do serviço | | | | |
| 1.13 | Gerencia, opera e controla os equipamentos de infra-estrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros), de acordo com o porte e dimensionamento às necessidades do serviço | | | | |
| 1.14 | Sistemas de conservação e recuperação da estrutura física predial e do mobiliário, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço | | | | |
| 1.15 | Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos | | | | |
| 1.16 | Sistemática de calibração dos equipamentos | | | | |
| 1.17 | Gerencia riscos** assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e responsabilidade civil (**envolve os ciclos de prevenção, detecção e mitigação do risco, visando um sistema seguro) | | | | |
| 1.18 | Planos de contingências | | | | |
| Estrutura* | Corresponde às características da assistência à saúde relacionada aos recursos físicos, humanos, materiais, tecnológicos, financeiros, organizacionais e de segurança. Envolve a | | | | |

APÊNDICE C – Termo de Consentimento



UNIVERSIDADE ESTADUAL
DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado Profissional



Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG e
Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Qualidade na Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO

Avaliar a qualidade na prestação de Serviços de Manutenção Predial nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS - é importante para subsidiar os gestores e dirigentes no planejamento e na organização dos serviços de manutenção, em todos os aspectos, identificando os atributos e condições favoráveis na prestação de serviços. A gestão de manutenção predial com qualidade é imprescindível no bem estar dos usuários dos Sistemas de Saúde.

A pesquisadora da FHEMIG em colaboração com a Unimontes está fazendo este estudo que tem por finalidade avaliar, de forma comparativa, a manutenção predial de alguns estabelecimentos Assistenciais de Saúde, do SUS – Sistema Único de Saúde da FHEMIG, da Prefeitura Municipal de Saúde de Betim e do Posto de Coleta de Sangue de Betim da Fundação Hemominas em parceria com a Prefeitura Municipal.

Será feita a verificação na infraestrutura da Instituição vistada conforme a *LISTA DE VERIFICAÇÃO DOS REQUISITOS PADRÃO* do *Manual de Acreditação Hospitalar*, padrão da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

Informo que caso aceite em participar voluntariamente do estudo será preservado o sigilo, não sendo divulgado o seu nome, não havendo neste estudo qualquer tipo de exposição a riscos de natureza física ou psicológica, de acordo com as regras das Normas da *Resolução 196/96 do Ministério da Saúde*.

Caso você não deseje participar deste estudo, não haverá qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre o trabalho:

Pesquisadora Gláucia Maria Amorim – arquiteta e urbanista

Gerência de Infraestrutura da Administração Central da FHEMIG, Telefone (31)3239-9592

email: glauciamamorim@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG, Telefone (31)3239-9552

Alameda Álvaro Celso, 100

Bairro Santa Efigênia

Belo Horizonte - MG

Data: ____/____/____



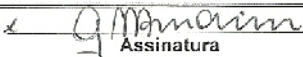

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo do projeto para aprovação no CEP da FHEMIG.

| | | | |
|---|--|---|------------------------------|
|  FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS | |  MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP | |
| PROJETO RECEBIDO NO CEP | | CAAE - 0037.0.287.000-11 | |
| Projeto de Pesquisa Qualidade na Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde | | | |
| Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica | | Grupo | Fase Não se aplica |
| Pesquisador Responsável | | | |
| CPF 49986946615 | Pesquisador Responsável Gláucia Maria Amorim |  Assinatura | |
| Comitê de Ética | | | |
| Data de Entrega 01/07/2011 | Recebimento: |  Assinatura | |

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

ANEXO B – Parecer N. 052/2011 (Aprovação no CEP da FHEMIG)

(Continua)

**PARECER Nº. 052/2011****Data:** 04/08/2011**Registro CEP/FHEMIG:** 052/2011 (este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).**FR - 437610****CAAE – 0037.0.287.000-11****Gerencia de Infra- estrutura – GEIN/ADC/FHEMIG****Pesquisadora responsável:** arquiteta Gláucia Maria Amorim.**DECISÃO:**

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FHEMIG) aprovou em 07 de julho de 2011 o projeto de pesquisa intitulado: “Qualidade na prestação de serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde”.

Segundo o item VII.13.d da Resolução 196/96, os pesquisadores ficam **OBRIGADOS** a enviar relatórios anualmente.

Assim o relatório parcial deverá ser entregue em **07/07/2012** e/ou o relatório final ao término da pesquisa.

O relatório poderá seguir o modelo de acompanhamento disponível na Intranet/FHEMIG.

- **Formulário CAAE – 0031.1.011.287-11**
- **O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética** deverá ser assinado pelo pesquisador responsável, nos espaços apropriados.

Vanderson Assis Romualdo
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Vanderson Assis Romualdo
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Aprovação no CEP da FHEMIG

(Conclusão)

**5 – Proteção dos Participantes:****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):**

- Bem descrito e direcionado para o perfil da amostra.
- Apresenta todas as garantias éticas pertinentes.

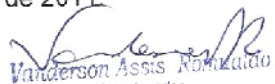
6 – Considerações e Mérito:

- **Projeto:** Relevante, pertinente e de valor científico;
- **Metodologia:** Adequada para os objetivos propostos;
- **Currículos:** Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- **Cronograma:** Adequado;
- **Folha de Rosto** Devidamente preenchida e assinada;
- **Orçamento:** Adequado e de responsabilidade dos pesquisadores;
- **TCLE:** Adequado;
- **Aspectos Éticos:** O projeto está de acordo com a Res.196/1996 do CNS-MS.

7 – Parecer:

- **APROVADO.**

Belo Horizonte, 03 de Agosto de 2011.



Vanderson Assis Romualdo
Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Vanderson Assis Romualdo

COORDENADOR DO CEP/FHEMIG

ANEXO C – Termo de Concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Betim



Betim, 22 de agosto de 2011

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa por Gláucia Maria Amorim, orientada pelo Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan, responsáveis pelo projeto: **“Qualidade na Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde”**, com o objetivo de comparar a qualidade da prestação de serviços de manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, consideramos que:


- 1- O projeto pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico faz parte das diretrizes da Educação na Saúde do SUS/Betim;
- 3- O projeto de pesquisa já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG n 052/2011, em 07 de julho de 2011.


Autorizamos que este trabalho seja executado no âmbito do SUS Betim, conforme projeto enviado à SMS de Betim.

Ponderamos que a participação da solicitante pode ser contemplada desde que, enquanto autora, esta deverá deixar explícito em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Luiz Claudio Viegas Costa
RH/SGTES
Educação na Saúde


Conceição Aparecida Pereira Rezende
Secretária Municipal de Saúde
Gestora do SUS Betim