
Ata da 10ª Reunião Ordinária do Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar - COGEP

Às quatorze horas do dia doze de agosto de dois mil e treze, nesta cidade, à Rua Teixeira de Freitas, nº 5, 2º andar, prédio do IHGB, na sala de treinamento, realizou-se a 10ª reunião ordinária do Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar - COGEP. A reunião foi coordenada por Leandro Fonseca, Gerente Geral de Integração Setorial/DIDES, com apoio de Raquel Lisboa, Coordenadora da CQUALISS/GERPS/DIDES, e contou com a presença dos seguintes participantes: Bianca Veloso e Ana Paula Cavalcante (Ministério da Saúde); Carlos Moura (CBR); Wilson Shcolnik (SBPC/ML); Ana Paula Nucci (SINOG); Francisco Lima (Unimed do Brasil); Ivone de Oliveira (COFEN); Marlene Vieira (COFFITO); Lenira Costa (CFF); Jair Monaci (ABRAMGE); Liane Simões e Nelcy da Silva (CFN); Rosemary Nascimento (SBC/SBP); Angelina Carvalho (UNIDAS); Egberto M. S. Neto (Uniodonto Brasil); João Lucena (CNS); Frankilin Padrão Jr. (FENASAÚDE); Cláudia Durante (SINOG); Cristina Gama (FBH); Maria Cristina Oliveira (CFFa); Eduardo Vieira Neto, Aline Mesquita, Adriana Cavalcanti, Daniele Silveira e Maria Clara Lyra (ANS). Convidado: Henri Leleu.

Transcrição da reunião:

Raquel – Mais uma vez, boa tarde, muito obrigada a todos pela presença. Essa reunião tá um pouquinho diferente, vocês estão notando que nós estamos usando microfone, porque a reunião vai ser toda gravada. Isso vai facilitar a nossa confecção das atas. Também gostaria de dizer que todas as atas estão em dia no site. Gostaria que vocês, que estão sempre aqui participando, dessem uma olhadinha. Se tiver algum comentário, algum problema, que passe para gente pelo nosso e-mail institucional. Hoje, eu vou apresentar para vocês o nosso novo gerente geral, da Gerência Geral de Integração Setorial (GGISE), Leandro Fonseca. Ele já trabalha na casa há bastante tempo, na Diretoria de Operadoras. E veio ocupar uma vaga que estava há um ano sem ninguém, que era a vaga do Endrigo. Então, ele vai fazer uma pequena... “palavra” para a gente e depois a gente dá continuidade à apresentação da reunião.

Leandro Fonseca – Só realmente um alô inicial, uma apresentação inicial, alguns de vocês já me conhecem. Eu era diretor-adjunto da DIOPE. Trabalho aqui na casa desde 2010. Estou assumindo aí esse novo desafio a pedido do diretor da área, Bruno Sobral, que me pediu ajuda, para tocar essa área. Meu intuito aqui é tão somente contribuir e colaborar aí

com as discussões. Eu não vou nem querer me alongar muito aqui nesse alô inicial e já passar então a palavra aqui à Raquel... a condução da reunião, inclusive para Raquel, e as intervenções a gente faz aí ao longo da apresentação. Só realmente dar um alô inicial, dizer que é um prazer passar a conviver com vocês e esperamos uma interlocução sempre saudável e urbana.

Raquel – Obrigada. Eu vou mostrar para vocês a nossa agenda de hoje. Nós temos mais uma novidade na reunião de hoje... Eu acho que vocês já repararam que toda vez que eu vou falar da experiência internacional, em relação a programas que divulgam resultados assistenciais, a gente usa muito o projeto COMPAQH (Francês). O projeto COMPAQH é o projeto que produz os indicadores que são divulgados pelo site oficial do Ministério da Saúde da França. Nós tivemos uma oportunidade de estar em contato com essas pessoas e eu estou trazendo o Dr. Henri Leleu, que foi o chefe do projeto durante alguns anos. O Henri agora é nosso consultor. Ele ganhou uma consultoria pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e vai estar nos ajudando nesse projeto, QUALISS e vai ser muito enriquecedor para gente. Nós estamos trazendo o primeiro produto que o Henri preparou. É uma revisão da literatura, sobre os diversos sites que publicam resultados assistenciais, tanto para plano de saúde como para hospitais. Então, o modelo e toda a metodologia ele vai estar apresentando para gente. O Henri é médico, tem mestrado em economia da saúde, está terminando o doutorado em saúde pública e tem bastante experiência no campo da avaliação de saúde. Tem um detalhe, o Henri está falando português, mas, por favor, ele está há poucos meses no Brasil. O Henri fala inglês muito bem, não é um típico francês e talvez a gente possa usar o inglês. Mas eu e o Eduardo estamos à disposição para ajudar nessa comunicação para que a gente possa aproveitar o máximo possível a apresentação do Henri.

Dr. Henri – Boa tarde. Eu vou apresentar 12 programas que foram usados nessa pesquisa. Metade dos programas é da Europa e a outra metade é dos Estados Unidos e do sul do Canadá. Todos esses programas são programas de avaliação da qualidade dos hospitais com divulgação pública e a maioria foi realizada por uma agência pública. Na verdade, todos os programas na Europa são programas públicos. Esse programa de avaliação da qualidade dos hospitais geralmente tem três objetivos. O primeiro é benchmarking, que se trata da comparação de um hospital com outro para estimular a melhoria da qualidade. Porque os médicos são pessoas muito orgulhosas e, por exemplo, um cirurgião não gostaria de saber que ele é o pior cirurgião do país ou que ele trabalha no pior hospital do país. Você imagina quando ele for viajar para uma conferência e se encontrar com todos os seus colegas, escutando... não é muito bom para ele... O segundo objetivo é a escolha do hospital e se trata de ajudar os usuários na escolha do hospital. O terceiro objetivo é a transparência que

é um princípio fundamental da democracia. É muito importante... Em geral, cada programa tem um objetivo principal e isso traz consequências no modo da apresentação dos resultados. Vou mostrar depois dois exemplos muito diferentes. O primeiro é o site Hospital Compare e o segundo é o site PLATINES, que é o site do programa Francês. Então, o site do Hospital Compare permite buscar um hospital dentro de uma localidade específica. Você entra a localidade aqui, com o CEP, o nome da cidade ou do estado. Depois de entrar com a localidade, o site mostra uma lista de hospitais. O usuário pode escolher três hospitais, para compará-los... para cada hospital, tenho informações sobre o serviço de hospital. Aqui, por exemplo, todos os hospitais não têm pronto socorro. Tem também informações sobre a qualidade dos hospitais. Então, eu pude escolher com esse site o melhor hospital que tem os serviços que ele necessita e não existe dúvida que esse site foi feito com o objetivo de auxiliar os compradores na escolha do melhor hospital. Esse é o site do programa francês, um pouco mais feio... Seu nome não é muito bom... se chama PLATINES por ser plataforma de informação sobre os estabelecimentos de saúde. Esse nome não é muito bom e eu não estou brincando, porque se eu pergunto a vocês sobre o que é o site Hospital Compare, se você entende inglês, é fácil de adivinhar o site, mas se eu pergunto o que é PLATINES, eu nunca saberia o que é PLATINES... E, além disso, é importante porque o Google nas pesquisas dos websites usa o número do site para avaliar os resultados. Por isso, se você não conhece PLATINES, você quase nunca podia encontrá-la. Nesse site, o usuário só pode buscar um hospital pelo seu nome... mas, na verdade, em 2013 é possível agora buscar um hospital com uma localidade... Além disso, o site não permite a comparação dos hospitais. Assim, é claro que o objetivo principal do programa Francês, não é ajudar os pacientes a escolher um hospital... na verdade esse objetivo foi adicionado ao programa depois. No programa original, não tem a divulgação pública. Agora, eu vou falar um pouco sobre a construção dos programas. Em todos os programas, antes de se direcionar aos indicadores, essas áreas podiam ser, por exemplo, as condições clínicas mais frequentes na população ou aspectos como segurança, quando isso for um problema. Depois, indicadores são selecionados, baseados geralmente numa revisão da literatura e opiniões de especialistas. E, depois, esses indicadores são validados através de textos, validação científica, que é muito importante. Hoje, tem catálogos de indicadores como no site da AHRQ... e, na verdade, por exemplo, todos os programas norte-americanos

usam os indicadores que já são selecionados e coletados pelas agências públicas. Como AHRQ. Um ponto que eu acho importante é que, na maioria dos programas, a disponibilidade dos dados é o principal critério de seleção dos indicadores. Aqui, temos dois exemplos de processos de seleção dos indicadores. A Dinamarca e a França têm mais ou menos as mesmas fases. Você pode ver que nos dois grupos tem um grupo técnico que vai decidir quais vão ser os indicadores. Também, nos dois tem texto de validação. Esses textos e validade, geralmente, fazem uma navegação sobre relevância, integridade científica e exequibilidade, que são usados hoje para todos os programas. Esses critérios são definidos pela AHRQ, da maneira a seguir. Primeiro tem a importância da medida, com a relevância, importância na saúde, potencialidade para aperfeiçoamento e suscetibilidade à influência do sistema de cuidados em saúde. Depois, tem integridade científica com: evidência, reprodutibilidade, validade, estratificação e se o indicador está compreensível, ou se a medida está convincente... compreensível. E, enfim, a exequibilidade, que é a disponibilidade dos dados. Falando dos dados, três fontes de dados são usadas. Dados rotineiramente disponíveis, em geral, são dados administrativos produzidos pelos hospitais, para o faturamento, “tipo de RG”, como nos Estados Unidos. Tem também dados manualmente extraídos, baseados nos registros médicos. Enfim, tem pesquisas com os pacientes. Isso são três fontes de dados que sempre são usados. É... poucos programas só usam dados médico- administrativos. Em geral, são países com um bom sistema de TI, como Canadá... Esses países usam dados médico-administrativos para programas de qualidade. O programa Francês parece ser o único programa que não usa dados médico-administrativos. Então, a maioria dos programas usa uma combinação de dados médico-administrativos, de dados de redes dos médicos e dados de pesquisa com os pacientes. Por exemplo, todos os programas dos Estados Unidos são baseados em dados de reembolso hospitalar para o grupo de indicador da AHRQ. Também Noruega e Suécia usam uma combinação dos três dados, fonte de dados. Quase todos os programas têm uma combinação de indicadores de processo e resultado sobre condições de saúde e segurança dos pacientes. Tem exceções, por exemplo, o programa Francês, não tem indicadores de resultado. Isso é porque quando o programa foi construído, o ajuste dos indicadores de resultado foi considerado insuficiente e, portanto, os indicadores não poderiam ser usados. Por outro lado, o programa do Canadá só tem indicadores de resultado. Dependendo do tipo

de indicadores usados e dos domínios avaliados, tem mais ou menos três grupos de programas. Programas com poucos tipos de indicadores sobre muitas condições clínicas. Esses programas, geralmente, têm menos de três ou quatro indicadores sobre mais de 30 condições clínicas. Tem programas transversais, que tem entre 30 a 50 indicadores diferentes e programas que só têm indicadores de resultado. Isso é um exemplo dos programas da Dinamarca e Noruega, que têm poucos indicadores para muitas condições clínicas. Isso é um exemplo de programa transversal, é o programa da Suécia... mas os programas norte-americanos e o programa Francês “são iguais” têm mais de 100 indicadores aqui... e muitos indicadores sobre condições clínicas. E a maioria dos programas transversais, na verdade, tem geralmente muitos indicadores sobre condições clínicas. As mais frequentes são doenças cardíacas. Eu já falei sobre o programa Canadense, só tem indicadores sobre mortalidade hospitalar e taxa de readmissão para mais ou menos dez condições clínicas. Falando de ajuste, os indicadores de resultado são sempre ajustados, ao menos por gênero e idade, mas em geral, por comorbidades também. E para fazer isso, são necessários muitos dados individuais sobre os pacientes. Em geral, os dados médico-administrativos são usados para os indicadores de resultado, porque são dados individuais, eles contêm o gênero, idade dos pacientes. Os indicadores da AHRQ são o melhor exemplo disso. A metodologia usada para o ajuste em geral é a agregação logística. O programa da Suíça usa padronização. A reavaliação dos indicadores é um tema quase nunca descrito nos programas. A NQF é uma agência norte-americana que faz uma atualização anual dos indicadores. Por exemplo, se tem uma mudança nos números variáveis utilizados na medida ou para mudar os critérios da pontuação. Por exemplo, no caso em que no ano anterior, a grande maioria dos hospitais já tinha a pontuação máxima... A cada três anos fazemos uma revisão total do indicador. Essa revisão tem a mesma regra do que a fase de validação, mas usa também os resultados dos três anos passados. Então, agora eu vou mostrar a apresentação dos indicadores dos programas. Então, o programa canadense tem uma apresentação, um mapa... Primeiro, os usuários selecionam um indicador no site, depois o mapa mostra um nível macro, o resultado médio é um mapa para cada estado canadense. Quando a distância for menor, como aqui, o mapa mostra os resultados de cada hospital, aqui... são pontos. Usando pequenos pontos coloridos. As cores são determinadas pela distribuição nacional dos indicadores. Um símbolo específico é

utilizado para hospitais com pequenas quantidades. Como aqui, em cinza com menos de 30 casos para essa condição clínica. E esse hospital não é incluído na comparação, na verdade... No programa Leapfrog, os hospitais são procurados por número e localização e os indicadores usados para compará-los. Os hospitais/indicadores escolhidos são apresentados em uma tabela como aqui, na qual os hospitais estão dispostos em linhas e os indicadores em colunas. Isso possibilita a comparação direta de um hospital para cada indicador. Por exemplo, esse hospital aqui é pior do que esse hospital aqui por esse indicador. Cada indicador é apresentado com um pequeno gráfico verde com quatro barras. O método de utilização do número de barras é diferente para cada tipo de indicador. Mas, geralmente, usa a distribuição nacional do indicador. Eu já falei um pouco dos sites do Hospital Compare. Nesse programa, os resultados são apresentados como percentagem e sempre com a medida estadual e nacional. Cada indicador é apresentado individualmente e tem uma página para cada indicador. Os resultados do programa Health care Quality são apresentados para cada condição de saúde... doenças cardíacas... em tabelas nas quais os hospitais são mostrados de novo horizontalmente e os indicadores verticalmente. O resultado estadual mostrado na primeira linha da tabela e o resultado para os indicadores de processo são apresentados com uma percentagem. Uma estrela... tem muitas estrelas... uma indica que não foram disponibilizados dados suficientes e aqui quando tem menos de 25 casos por hospital, por ano... É o programa do New Jersey. A apresentação é igual a do anterior, mas tem a medida nacional também na primeira linha e um símbolo como para mostrar que o hospital é significativamente, diferente da média estadual. O programa usa um intervalo de confiança para definir o hospital significativamente diferente. No programa holandês, os resultados dos indicadores são apresentados como estrelas. O número de estrelas é determinado com base na comparação estatística da taxa dos hospitais com a média nacional. Os hospitais com resultados melhores que a média tem três estrelas, dentro da média duas e pior só um. Nesse programa também, os indicadores são apresentados individualmente, uma página para cada indicador e é possível comparar hospitais porque tem três hospitais aqui. No programa Norueguês, os resultados são apresentados com um gráfico de barras horizontais, contando uma linha para cada hospital. Tem um resultado informando número e cota e no topo da página a taxa nacional. Então, de novo, a taxa nacional é o benchmark. No programa canadense, tem vários hospitais, mas só tem um

indicador por página e isso vai ser igual na maioria dos programas a seguir. Um indicador, muitos hospitais... Os indicadores de processo são apresentados com gráficos e barra também e percentagem. Os hospitais que não têm a condição clínica têm NA (Não Aplicável). Isso é o programa Dinamarquês, os resultados dos inquéritos são apresentados em formato, número e ícone em uma tabela. As duas primeiras mostram a média nacional aqui, e a regional aqui, e... me desculpe, porque nessa imagem só tem um hospital, mas normalmente tem um segundo hospital, terceiro hospital... No programa Sueco, os resultados são mostrados em um gráfico de barras horizontais com uma linha para hospitais. Os hospitais são mostrados por resultado do melhor ao pior desempenho. Tem também, o benchmark nacional. Cada resultado é apresentado com seu intervalo de confiança, nessa barra preta, e em formato, número e cor. Nesse modo de apresentação é fácil ver o melhor hospital para cada indicador. No Dr. Foster, que é o programa inglês, os indicadores também são apresentados individualmente. Quando nenhum intervalo de confiança estiver disponível (por exemplo, para esse indicador, que é um indicador de tempo de espera), os indicadores são apresentados em um gráfico de barras verticais e com a linha vermelha que é a média nacional. Em outros casos, os resultados são apresentados com uma pequena marca colorida, em uma caixa. A caixa representa o valor de confiança... a marca, vai depender se o resultado dos hospitais forem melhores, em verde, iguais, em azul, ou pior, em vermelho, do que a média nacional. No programa francês, é um pouco diferente dos outros programas. Esse programa apresenta os resultados de muitos indicadores, mas de um hospital, sem comparação com outros hospitais. Então, para cada hospital, os resultados são apresentados com formato, número e ícone... e com um sistema de três estrelas. As estrelas são definidas com base na média nacional. Três é melhor, uma é pior, zero... O que é um pouco estranho, eu não concordei com isso quando foi... trabalhando nesse programa... e significa que o hospital não fornece os dados... Isso é um pouco estranho porque parece que um hospital sem estrela é pior do que um hospital com uma estrela, mas na verdade não tem dados... não significa ser pior. Então, para concluir sobre essa apresentação, em geral, os indicadores são mostrados individualmente com comparação dos hospitais, mas tem exceções, como na França. O resultado pode ser mostrado diretamente com o número, formato, número e ícone, ou pode ser transformada em estrelas, outros símbolos. Quando o resultado estiver transformado, na maioria dos

casos, a comparação do intervalo de confiança, como a média nacional é usada. Independentemente do modo da apresentação, quase sempre, o resultado de um hospital é comparado com a média nacional, estadual. Frequentemente, para os indicadores sobre condições clínicas, os resultados não são mostrados quando tem menos de 25, 30 casos, por ano num hospital. Então, para concluir, o que é notável, é que além de algumas diferenças, a maioria dos programas são similares. Então, faltando diretrizes internacionais sobre a forma dos indicadores, de programas de indicadores, as similaridades podem ser consideradas como as melhores práticas hoje, para construir um programa de indicador.

Raquel – Obrigada. Nós vamos usar esse microfone sem fio para perguntas, tá? Muito obrigada Henri pela apresentação. Eu acho que todas as pessoas que estão aqui participaram da construção do QUALISS e puderam ver alguma semelhança. Como o Henri terminou a exposição, mostrando que a maioria dos programas segue mais ou menos padrões já similares, mas com diferenças, principalmente quando você tem um sistema de saúde mais público ou um sistema de saúde mais privado. E o foco da exposição dos hospitais e da comparação é um pouco diferente, quando você tem mais comparação, você tem mais competitividade. No caso, os americanos mostram bem isso. Mas tá aberta para todos, quem quiser fazer algum comentário, alguma pergunta...

Wilson Shcolnik (SBPC) – Parabéns pela apresentação, pelo teu estudo... Na nossa área de laboratórios clínicos, a gente também não tem padronização e em outubro agora, em Padova, vamos tentar uma harmonização de indicadores, internacional... O que me chamou atenção na apresentação, em primeiro lugar, foi a questão da apresentação dos resultados. Eu vi resultados muito mal apresentados que podem levar à confusão do público. Então, eu acho que a gente tem que ter muito cuidado, quando a gente for apresentar isso para o público aqui, né? Ele falou num caso das estrelas que podem confundir... eu vi outro indicador, que foi expresso em números, mas a gente não sabia se o número bom era maior ou pior... Então, eu acho que esse é um ponto de atenção, né... porque a gente tá construindo aqui. O que eu não vi foi a questão da segmentação. Se uma pessoa, se o público pesquisa um hospital que foi avaliado por segmentação, como o paciente vai entender isso? Como ele vai pesquisar esse tipo de coisa?

Raquel – Você tá falando do hospital geral ou hospital...?

Dr. Henri – Em geral, quando você entra o nome do hospital... a gente não tem informações sobre o hospital... Como esse hospital tem cardiologia, esse é um hospital de cardiologia, esse é um hospital geral...

Raquel – Tem os ajustes também. Todos os indicadores quando são apresentados, eles já são ajustados, não é?

Dr. Henri – É, são ajustados... Por exemplo, se o hospital não tem condição clínica, em geral, tem um símbolo, não aplicável... porque esse hospital não tem essa atividade, então, não precisa fazer esse indicador...

Ana Paula (SINOG) – Na verdade, não é uma dúvida, não sei se é uma sugestão ou uma colocação... em termos de padronização de indicadores, o comentário que eu gostaria de fazer, indo pela linha dela com relação à segmentação, o que eu acho importante, que eu vejo no Brasil hoje, é justamente isso... hoje, a gente vê resultados na certificação de hospitais, serviços de saúde... por exemplo, uma certificação nível 1, nível 2, nível 3, e que muitas vezes uma segmentação de um serviço dentro de um hospital, pode levar essa certificação nível 3, para o nível 2 ou para o nível 1 e começar o processo novamente... então, que em uma padronização internacional de qualificação de indicadores, de certificação, que exista essa segmentação do serviço... e essa certificação por segmentação, para que isso não ocorra... porque, muitas vezes, um hospital pode ser uma referência em serviço cardiológico e não ser em um nível oncológico e ele tá num nível de certificação, por exemplo 2... porque ele não é uma excelência num serviço oncológico, entendeu? E eu acho que isso desparametriza muitas vezes um serviço de qualidade. E também tomar por referência, que eu acho muito importante, que eu até estava conversando com alguns membros da ISQUA, que é uma entidade certificadora mundial, que seja muito importante tomar por referência, a opinião do usuário como um dos indicadores... que hoje, no Brasil, não é de praxe isso...

Dr. Henri – Uma visão aí do hospital... na verdade, acho que muitos países... e o hospital é um todo...

Raquel – Não, não, eu acho que estão falando um pouco diferente porque essa exposição de resultados, ela não tá trazendo nenhum tipo de selo nem certificado de qualidade. E como o Henri bem mostrou, a maioria dos sites mostra por indicador. Então, se for um hospital geral, ele pode ter vários tipos de cirurgia, mas vai ter a cirurgia cardíaca e ele tem um resultado... na cirurgia neurológica, ele pode ter um resultado diferente... então, esse tipo de exposição por indicador, dá para você comparar inclusive serviços dentro do próprio hospital. Acho que dessa forma fica claro...

Dr. Henri – Bom, a parte clínica por satisfação do usuário, ele gera a parte do hospital, mas a satisfação é uma coisa do hospital todo...

Raquel – Do hospital todo... e vocês receberam o trabalho por escrito... é claro que aqui não daria tempo para o Henri apresentar totalmente, mas ele fala bastante, que alguns sites são baseados na opinião do paciente, do cliente, né? Então, existe nos Estados Unidos até uma padronização de como coletar essas informações e eles usam esse banco de dados também para demonstrar o resultado daquele hospital. Eu não sei se todos também estão familiarizados quando ele falou da AHRQ, que é a agência norte-americana voltada só para

estudos em qualidade do cuidado, e o NQF (National Quality Forum), que é um fórum nacional onde é feito praticamente um banco de indicadores, não é isso Henri? E esse banco fica em consulta pública. Então, algumas entidades podem utilizar, e utilizam, os indicadores que estão no banco desse fórum nacional de indicadores, tá?

Valter (FBH) – Só completando, lembrar que alguns indicadores são muito gerais... então, independe da especialidade do hospital, né? Você vai ver um indicador de infecção de corrente sanguínea, por exemplo. Independe se ele é cardiologista, se ele é cirurgião geral, se ele é oncologista... ele tem que ter um bom índice. Espera-se, né? Ele não pode ter um bom índice na cirurgia cardíaca e um mal índice na cirurgia geral, que não é expertise dele. Isso também não vale, né? Mas eu queria fazer uma pergunta. Primeiro, parabéns, você melhorou o seu português... Num dos últimos slides, você mostrou que um hospital não entregou dados. Você falou que isso... ele tem que tomar cuidado com isso... porque se o hospital vir que o dado dele tá muito ruim, ele não entrega o dado, né? E aí, aquele que foi honesto e entregou o dado ruim... eu acho que você tem que deixar claro que aquele hospital não teve uma amostragem de pacientes ou de coleta suficiente para tirar um dado... Agora o outro, ele não mostrar dado porque ele não quer, né? Então, isso tem que ser uma coisa bem clara quando a gente cria uma gama de indicadores para a gente poder comparar o hospital. Se for um dos hospitais que tem péssimos indicadores... Então, precisa tomar cuidado e ser uma obrigatoriedade. Quer dizer, quem vai participar do processo tem que mostrar o seu dado, inclusive mostrar: “olha, não tenho um n suficiente para tirar um indicador aqui que possa...” mas, mesmo assim, mostrar esse resultado... E quem divulga o dado é que tem que avaliar a forma de divulgar isso, né? Mas, não permitir que um hospital mostre seus dados e falar: “Ah, eu não tenho dado para mostrar”... Precisa tomar cuidado porque se não ele tá sempre bem e os outros que tiveram todo o esforço, mesmo não estando bem, apresentaram os seus dados...

Dr. Henri – Na verdade, tem mais ou menos três casos quando você não pode ter um resultado. O hospital não dá os seus dados ou não tem a atividade ou não tem dados suficientes...

Raquel – Mas eu concordo com você Valter. Eu acho que quem não entrega os resultados deve ficar naquela classificação. Discordo um pouco do Henri e concordo com o governo Francês...

Pessoa não identificada – Eu queria, na verdade, tirar uma dúvida. A forma de apresentação que foi mostrada aqui foi sempre por indicador. Em nenhum momento eu vi um índice composto que “ranqueasse”... a proposta é essa mesmo, né? Os hospitais são muito heterogêneos quando você faz um índice, você pode ter vieses muito sérios. Então, eu achei interessante isso. Porque, em geral, a gente vê aqui, como proposta no Brasil, você “ranquear” com índices compostos. Então, sempre por indicadores individuais, eu achei interessante. Agora, outras dimensões, a gente estava aqui conversando... eu estava

conversando com Bianca, que outras dimensões, por exemplo, de processo, de conformidade ou de avaliação do usuário ou avaliação do trabalhador não entram aí, né? Apenas indicadores de resultado?

Dr. Henri – Então, eu entendi duas questões. A primeira, tem indicadores compostos... na verdade, mais para uma doença, por exemplo... mas isso é um composto de cinco indicadores diferentes... mas dentro de uma dimensão... E a outra pergunta?

Pessoa não identificada – A outra, é que todos... eu acho que eram todos indicadores de resultado. Não tem outras avaliações, por exemplo, de processo ou outras avaliações qualitativas...

Dr. Henri – Não. Tem muitos indicadores de processo. A maioria dos indicadores sobre condições clínicas são indicadores de processo e tem um pouco de indicador de segurança também e tem indicador de experiência dos pacientes, satisfação dos pacientes também... Assim, os indicadores de resultado... não tem muitos... em geral tem três, quatro para cada programa.

Pessoa não identificada – E a estrutura também é avaliada?

Dr. Henri – No programa Francês sim, mas no outro programa agora não, não muito...

Franklin (FENASAÚDE) – Eu imagino que a informação seja responsabilidade do próprio serviço, do próprio hospital... Como garantir a confiança, confiabilidade dessa informação? Quer dizer, existem estruturas de auditoria que validem?

Dr. Henri – Sim. Então, no programa americano, tem uma parte dos dados que vem dos registros médicos. Tem auditoria, depois para validar os dados. Na França, também vai ter um problema de auditoria também...

Franklin (FENASAÚDE) – É previsto algum tipo de punição quando é descoberto algum tipo de desvio em algum desses países?

Dr. Henri – Nos Estados Unidos, não sei. Não diz no *website* o que ia acontecer quando os dados... acho que eles retificam os dados depois da auditoria. Na França, a decisão foi de não mostrar os dados. Então, a punição é de não ter dados no *website* por esse ano.

Pessoa não identificada – Estrelinha não...

Dr. Henri – É. Zero... exatamente, zero estrelas... não tem dados.

Valter (FBH) – O público sabe, quando não tem estrelinha, por que o hospital tá fazendo algo incorreto?

Dr. Henri – No programa francês sim. É explicado que o hospital não enviou dados e depois... agora não tem auditor, ainda... vai ter, no futuro... acho que sim, vai ser... Esse hospital não tem um resultado porque os seus dados não foram validados pela Agência Nacional da Saúde.

Ana Paula (SINOG) – Existe uma pesquisa da margem de utilização da população do site, quando vai buscar um hospital, procurar um hospital?

Dr. Henri – Sim, tem. Tem literatura sobre isso, do impacto desse *website*...

Ana Paula (SINOG) – Isso, para que a gente saiba a eficácia dele, né?

Dr. Henri – Tem pesquisa. É... o resultado não é muito bom. Na verdade, não tem muita influência no público esse site, mas porque as pessoas que vão ao hospital são em geral pessoas velhas, que não usam muito a internet. Esses programas são novos... mas acho que isso vai mudar...

Ana Paula (SINOG) – Ainda não tem a cultura, né?

Dr. Henri – Exatamente, mas vai mudar, porque essas pesquisas foram realizadas nos primeiros anos desse programa... acho que vai mudar, porque as pessoas agora escolhem muitas coisas na internet...

Ana Paula (SINOG) – Entendi, obrigada.

Raquel – Como você mesmo falou Ana Paula, é uma questão da cultura, né? A medida que as novas gerações utilizam mais a internet e tem essa prática... mas as pesquisas, acho que o Henri se refere, que mostravam que a população ainda não acessa muito... mesmo assim, o impacto nos hospitais por conta da reputação, traz transformações, né? E essa é uma das vias de mudança para a melhoria... mudança por conta da divulgação dos resultados.

Dr. Henri – Bom. É muito importante comunicar também no jornal os resultados. Por exemplo, o programa francês... ninguém vai nesse *website* porque é impossível conhecer esse *website*... ninguém vai entrar no seu computador... mas acho que um outro *website* na França, que usa os dados desse site, esqueci o nome... Esse site acho que tem 100 mil visitas por mês...

Raquel – Você sabe dizer Henri, se nesses sites pesquisados, todos tem algum tipo de auditoria... nem todos ou a informação não estava clara...

Dr. Henri – É muito difícil... um pouco menos da metade dos sites, são sites norte-americanos, aí tem auditoria. Outros... tem também os programas que não usam dados manualmente extraídos. Então, ele não precisa de auditoria, porque esses dados usados... porque, em geral, são dados médico-administrativos... são usados para o pagamento do

hospital. Por isso o hospital tem cuidado com esses dados, porque é preciso ter um bom dado para pagar.

Carlos Moura (CBR) – Tem algum histórico nos programas, relacionando a negociação comercial, credenciamento e descredenciamento com os programas de qualidade?

Dr. Henri – Só nos Estados Unidos. Porque num sistema privado com planos de saúde, que tem contratos com hospitais... Nos outros países são hospitais públicos ou não, mas é um sistema público, então não vai...

Raquel – O objetivo maior no sistema público é aumentar a transparência e não tanto a escolha, né?

Dr. Henri – É um pouco a escolha, mas, na verdade, na França, por exemplo, você pode escolher hospitais, mas só tem um hospital, dois ou três, perto de sua casa. Então, você não precisa escolher o seu hospital... Você precisa ir ao hospital que é mais perto, se não, vai ir 200 Km para ter cuidados...

Bianca (Ministério da Saúde) – Eu acho que, ainda neste ponto, em relação aos hospitais públicos, existe alguma ação para aqueles que apresentam resultados negativos? O descredenciamento, como pode acontecer na operadora... Nos hospitais públicos, existe alguma ação efetiva, não a punição, mas da correção ou de ajuste na qualidade?

Dr. Henri – É... isso serve para o sistema francês. Nos outros países não sei. Na França, esses indicadores são usados pelo Ministério da Saúde... tem Agência Regional de Saúde... eles podem mudar o diretor do hospital, porque ele escolheu o diretor do hospital público... É uma boa motivação, eu acho.

Raquel – Mais alguma pergunta? Então, só para complementar, o material que vocês receberam tem bastante informação. Foi feito pelo Henri. Ele precisou fazer um recorte para encaixar aqui na nossa apresentação. Acho que bastante coisa ficou clara... foi bastante rico... Muito obrigada, Henri.

Intervalo da reunião.

Raquel – Dando prosseguimento, como já é de costume das nossas reuniões do COGEP, eu vou passar os resultados dos programas que já estão em andamento. Primeiro o Programa da Divulgação, que, principalmente para as operadoras grandes, deve estar dando bastante trabalho, porque vai ser a primeira divulgação, agora 18 de setembro. O que nós estamos tentando fazer, para facilitar o entendimento, é um FAQ, que foi distribuído agora e para vocês. Nesse FAQ, nós fizemos uma compilação das principais perguntas que têm chegado à nossa área, relativas ao programa. Então, tem chegado inúmeras perguntas... A gente sabe que é um processo novo, é uma mudança de processo dentro da operadora. É uma mudança também na relação com os prestadores, porque vai ser necessário pedir a documentação

comprobatória. Então, esse tempo que foi dado é justamente para que isso possa ser feito da melhor forma possível. E nós estávamos conversando aqui... algumas pessoas com outras dúvidas além das dúvidas que tem no FAQ... mas isso é normal... eu até vou pedir, que podem me mandar por e-mail(raquel.lisboa@ans.gov.br), que nós vamos estar incluindo no FAQ. Com certeza essas perguntas também devem estar aparecendo em outras operadoras... Então, o andamento que já foi passado em relação à IN, o prazo que já foi dito aqui... e que agora... o próximo prazo para todas as operadoras é março de 2014. E o termo de compromisso com as entidades está em andamento... está em cinza porque da última reunião para cá, não teve nenhuma mudança. A única novidade é a criação desse FAQ. Ele está crescendo a cada dia, mas o objetivo é esse mesmo, até que o processo já tenha sido incorporado por todos. E as sugestões são muito bem-vindas e podem ser mandadas por e-mail. Se tiver alguma coisa que a gente possa tirar aqui, a gente pode resolver também. Como eu vou passar para os outros programas, quem quiser pode perguntar...

Rose – Eu só quero saber se o FAQ está disponível na internet. Se não estiver, coloca numa mensagem...

Raquel – O FAQ vai ser uma das principais... sabe aquelas notícias que ficam aparecendo no banner? Vai ter uma “chamadinha”... Porque, hoje em dia, no site, não está fácil o acesso aos ícones. Nós reconhecemos isso, mas os ícones estão prontos para serem baixados e copiados. E a gente vai colocar então na primeira página do site. O pedido foi hoje e aí, digamos assim, independe um pouco da nossa área, mas também não costuma demorar tanto assim, acredito que até a próxima semana ele já esteja na primeira página e fácil de acessar. Dentro do QUALISS, quando você abre os programas, lá em baixo, está escrito assim: *Saiba Mais*. No *Saiba Mais* tem: *Manual dos Ícones* e aí, entrando nele, além do manual, que é o anexo da IN nº 52/2013, também tem os ícones para serem baixados. Hoje, eu tentei fazer isso no meu computador, mas não consegui. Eu descobri porque... É necessário ter um programa diferente, um programa de imagem para que ele possa abrir. Isso vai estar escrito também lá no site, para facilitar. Sobre a divulgação, mais alguma dúvida? O QUALISS, que seria um atributo para hospitais e SADT, ainda não está completamente implementado. Agora, a gente vai falar sobre a implementação do QUALISS. Em relação aos profissionais de saúde, uma pergunta frequente é quando o médico é credenciado como pessoa jurídica. Desde que ele apareça na especialidade, mesmo sendo pessoa jurídica, servem os ícones para os profissionais da saúde.

Claudia (SINOG) – O que eu entendi com relação ao FAQ é que as pessoas jurídicas de clínicas multidisciplinares, no caso da odontologia, que é ambulatório, consultório, eu teria que ter todo nome do corpo clínico com as suas especializações e certificações para poder colocar isso. Eu entendo que o responsável da clínica tem responsabilidade de me passar essa informação e eu vou divulgar essa especialidade. Como que eu posso fazer isso?

Raquel – Tudo depende de como está o seu “livrinho” no seu site. Se essa clínica de odontologia está no site, em clínica, e só tem um nome “clínica odontológica”, não entra ícone para profissional. A não ser que você coloque: “Clínica odontológica Dr. Fulano, Dr. Cicrano...”. Aí você pode colocar o ícone para o profissional, porque esse ícone não é para a clínica. Entenda que a informação é para o usuário. Se o usuário vai buscar uma clínica, ele pode ser atendido por diretor técnico, responsável técnico ou não. Então, não necessariamente se o responsável técnico tem as especialidades, não quer dizer que quem vai atender tem.

Claudia (SINOG) – Na verdade, na odontologia, como são normalmente vários profissionais que se unem e montam uma pessoa jurídica, não necessariamente todos eles estão nesse perfil. A minha dúvida é: para o meu usuário, é de fundamental importância saber que especialidades tem naquela clínica e nem sempre a multidisciplinar tem todas as especialidades, tem várias especialidades... Então, como eu divulgo as especialidades?

Raquel – Para divulgação do seu material de divulgação, se você não vai mostrar profissional por profissional, não tem como divulgar.

Claudia (SINOG) – A especialidade eu posso, então, mas eu posso colocar a clínica...

Raquel – Você não vai mudar onde você está fazendo a sua divulgação. Você está fazendo por especialidade, mas se você não está colocando qual profissional tem a especialidade... porque o ícone vale para o profissional, não vale para a clínica. Deu para entender?

Valter (FBH) – Foi elaborado um processo de auditoria para o NOTIVISA? Porque a gente sabe que eu posso cadastrar o hospital e informo um evento aqui, outro ali... quer dizer, tem que ter pelo menos, o que o pessoal da ANVISA trouxe como mínimo necessário para ele ter esse NOTIVISA. Acredito que esse tipo de auditoria, a própria ANVISA vai exercer e vai notificar a ANS se aquela entidade realmente está cumprindo o NOTIVISA, né?

Raquel – É uma boa pergunta Valter. Para começo, eu coloquei até no FAQ. Nós colocamos que é aceito o cadastramento do profissional. Uma vez que o profissional se cadastrou, ele é um notificador, mas não basta se cadastrar e nunca efetivamente notificar. Ele não vai ter qualificação por não estar notificando... então, nós temos um acordo com a ANVISA de que eles estariam nos passando um extrato. Só que o sistema da ANVISA ainda não tem essa capacidade. Eles estavam mudando o sistema, mas o próprio profissional é capaz de tirar um extrato de notificação. Então, para ser aceito inicialmente, na primeira divulgação, a comprovação de que ele está inscrito basta. Na segunda divulgação, porque a divulgação tem período de validade, a cada ano, eu espero ter recebido já uma resposta do NOTIVISA, para poder passar essa informação de que ele além de ser cadastrado, vai ter que apresentar o extrato de notificação. Aí a gente pode fazer um ponto de corte. Pode não ter evento para notificar. Mas você entende que o fato de

se dar ênfase à notificação, traz benefício para o sistema de saúde... Não ter evento, não existe... porque qualquer alergia a medicamento...

Pessoa não identificada – Valter, eu preciso notificar um kit que funciona mal, um evento adverso, alguma coisa... eu posso não ter... claro que existe...

Raquel – Em um ano não ter o que...

Pessoa não identificada – Em três anos eu posso não ter, em um não... em três... Eu queria deixar isso bem registrado aqui... mas em laboratório é...

Raquel – Eu acho que não passa um dia... Eu acho que, no hospital, não passa um dia...

Pessoa não identificada – Valter, no laboratório é. E eu estou chamando a atenção aqui, é que esses prestadores não podem ser punidos em não ter um atributo aqui reconhecido... mas isso aqui não é um consenso.

Pessoa não identificada – Raquel, a moça da ANVISA que teve aqui...

Raquel – Maria Eugênia.

Pessoa não identificada – É isso, quando nós comentamos essa questão da eficácia da...

Raquel – Da notificação.

Pessoa não identificada – Ela chegou a comentar da notificação negativa. Para nós orientarmos a fazer a notificação negativa.

Raquel – Bem lembrado.

Pessoa não identificada – Aí eu pergunto o seguinte: existe uma padronização de período para essa notificação negativa, para que ela seja considerada, validada?

Raquel – No momento não existe, mas isso é uma discussão que vai ser feita durante esse ano. E para renovar o atributo... vai ser discutida aqui no COGEP e vai ser levada ao conhecimento de todos. Mas com essa saída da notificação negativa, você evita punir com a perda do atributo... sem dúvida é uma boa saída. Passando então para a avaliação controlada... A cada reunião eu tenho mostrado, eu, Eduardo e a equipe, a gente tem mostrado o andamento dos indicadores nos hospitais voluntários. Nós acabamos o último ciclo de coleta de indicadores. Estavam previstos seis ciclos de janeiro a julho. Julho a gente prorrogou um pouquinho o prazo para o envio dos dados. Então, os dados são enviados sempre no mês seguinte à ocorrência. Nós fazemos a compilação desses dados e estamos trazendo aqui. Nós trouxemos o primeiro ciclo, o segundo e eu tenho o terceiro e o resultado global do primeiro trimestre de avaliação. Lembrando o ciclo de vida dos indicadores, para a gente sempre ter em mente que o primeiro é o ano do planejamento, que

para os hospitais foi o ano de 2012, quando nós fechamos a cesta de indicadores. A avaliação controlada está acabando agora no meio de 2013, para que haja um preparo com todas as regras e a norma, a Instrução Normativa, para entrar a generalização do uso e a abertura da entrada de outros hospitais, que não só os hospitais voluntários... e também sabemos que a rede própria das operadoras tem que estar entrando. O conhecimento da rede própria das operadoras é uma informação que nós estamos tendo agora, tá? Nós fizemos uma requisição de informação e todas as operadoras estão nos mandando. Qual é o universo dessa rede própria, na próxima reunião, em outubro, acho que eu já consigo apresentar para vocês. E agora então, de posse de todos os resultados, nós estamos fazendo os ajustes naqueles indicadores que não se mostraram... a maioria se mostrou exequível, mas alguma dificuldade ocorreu com alguns indicadores e nós estamos fazendo esses ajustes. E a generalização do uso só vai ser feita quando estiver aberto. Está previsto para final de setembro e início de outubro, como nós temos uma reunião do COGEP na segunda semana de outubro e como esse comitê gestor é que realmente tem a função de rever e sugerir, antes da generalização nós vamos trazer as regras aqui na próxima reunião para que a gente possa fazer a abertura para os outros hospitais. Desses três ciclos, nós mostramos que 66 hospitais se voluntariaram. Desde o primeiro ciclo, nós fizemos dois formulários, um para estrutura e outro para o envio dos dados dos indicadores. Na estrutura, 59 hospitais apenas se cadastraram, sete hospitais não responderam até o segundo ciclo. No terceiro, dois hospitais entraram, então, até o momento, dos 66 hospitais, apenas cinco realmente entraram, mas não efetivamente mandaram dados para a avaliação. O que nós podemos ver até o terceiro ciclo é que os dados têm chegado cada vez mais consistentes, ou seja, o uso do formulário do sistema, os hospitais estão ganhando essa expertise. Estão mudando os seus processos para que consigam preencher com mais consistência.

Eduardo – Nós estamos mostrando a vocês que é um dado que ainda não está disponível.

Raquel – O Eduardo já fez um relato, uma síntese do que nós detectamos em relação aos indicadores. São 26 indicadores e eu tenho aqui um por um, mas eu vou passar rapidamente. Um deles deu uma explicação de que ele tava passando por uma mudança de diretoria. Dois deles, que tem a mesma diretoria... eu acho que foi um problema...

Eduardo – Eu acho que interno...

Raquel – Às vezes, a área técnica tem vontade de entrar, mas quando chega na alta direção, tem uma certa pressão. Isso aconteceu com alguns que saíram, inclusive, do programa. Mas nesse terceiro ciclo, o Eduardo detectou... eu botei 59 que foi a maioria, mas até 62 já estão dentro.

Eduardo – Porque não necessariamente os 59 do segundo, do primeiro e do terceiro, são os mesmos. Então, acaba que os 62 hospitais informaram, pelo menos algum dado em algum ciclo.

Raquel – Pelo menos algum dado. E tem os que informam regularmente, 59.

Eduardo – É, 59 hospitais participaram dos...

Raquel – Dois foram flutuantes, digamos assim...

Eduardo – Três ciclos. Eu posso ver exatamente quem, porque o dado que eu tenho é: 62 hospitais participaram de pelo menos um dos ciclos. Porque é até uma coisa que nós vamos ter que decidir, a questão de, eu acho que a patologia clínica até tem essa questão mais azeitada... dos 12 ciclos de um ano pode perder um... Eu não sei como vocês fazem isso. Ou é obrigatório a participação em todos os ciclos?

Pessoa não identificada – O nosso programa é de participação voluntária, mas o nosso histórico é em torno de 50% de participação em todos os ciclos do programa, ou seja, metade não participa. Um número variável de resposta aos indicadores... aos diferentes indicadores.

Raquel – Outros programas, inclusive a própria ANAHP, já relataram que não são todos os meses... que todos... isso é uma cultura que está se iniciando agora... nós estamos no piloto... então, as regras quando estiverem claras... de repente, vai cair lá naquele grupo do francês, que não responde, estrelinha vazia...

Eduardo – Mas algumas coisas nós vamos ter que tomar uma decisão. Por exemplo, um hospital que mandou 11 meses, não mandou um... então, o indicador dele, naquele mês, ele teria uma pontuação, a pior possível, para somar com os outros meses... tem algumas coisas... como ele ainda não mandou dado, se você desconsiderar aquele mês, vai ser dividido... vai ser a média dos 11 meses... ele pode ficar numa condição melhor. Agora, se ele tiver naquele mês uma pontuação pior...

Pessoa não identificada – Não. Resumidamente, eu acho que não tem justificativa o hospital deixar um mês de mostrar. O hospital vem mostrando todos os seus dados, que tem uma estrutura de coleta já bem dimensionada e de repente fala: “não mandei esse mês”. Mas por que não mandou? “Não, eu não consegui...” Então, tem que ter uma penalidade. Outro dia eu vi o cara falando, eu vi um hospital que só mandava o NOTIVISA e se tem algum evento adverso, em matéria de medicamento... mas e as ações de enfermagem? “Não. Isso a gente não notifica”. E a minha discussão era exatamente, com ele, por uma ação médica...

Jair Monaci (ABRAMGE) – Mesmo porque, se você não tiver a notificação de todos os meses e um dos meses for o mês justamente de uma adversidade muito grande para o hospital, você vai estar sempre numa situação considerada boa. Ou seja, na média ele vai estar sempre acima daquilo que se espera. Então, você vai ter que ter a notificação para todos os meses. Não é que estamos duvidando que isso vai acontecer, mas é uma possibilidade presente.

Valter (FBH) – Assim, me colocando do lado de quem está analisando os dados, tem várias situações. Por exemplo, dados inconsistentes nós temos muitos. A gente tem que tomar uma decisão sobre o que a gente vai fazer com os dados inconsistentes. Taxas de ocupação acima de 100%. Informa numerador e não informa denominador. Como vai ser esse tratamento, pensando na questão da divulgação dos dados inconsistentes. Então, isso não é exceção, dados inconsistentes são bastante presentes.

Jair Monaci (ABRAMGE) – É uma outra situação.

Pessoa não identificada – Esse ponto que o Valter falou é um ponto que nos preocupa muito, porque a gente tem visto que a coleta de dados é um dificultador. Então, na área de laboratórios, que tem estrutura pequena e que tem uma equipe pequena, quando existe rotatividade, o risco de interrupção é grande e eu antevjo problemas. Eu acho que a gente vai ter que ter muita responsabilidade na hora de definir o pacote de indicadores, porque nem todo mundo vai conseguir coletar. A estrutura hospitalar é maior, talvez tenha mais facilidade. A questão de estar informatizado, dos indicadores poderem ser capturados dentro de um sistema eletrônico, isso tudo faz muita diferença e a gente está muito preocupado com laboratório. Esse piloto precisa ser muito bem montado para a gente ter certeza que as coisas vão andar bem.

Raquel – Certo. Muitas regras já estão prontas por conta até do andamento e a gente vai apresentar aqui. Mas é certo que o sistema vai estar o tempo todo em construção. Então, algumas decisões vão ter que ser tomadas por conta da inconsistência e, como o indicador tem ciclo de vida, se ele se mostrar repetitivamente inconsistente, pode ser que seja um problema com o próprio indicador. Eu vou continuar aqui e depois a gente abre novamente para discussão, porque tem bastante coisa para apresentar. Eu vou até tentar ser sucinta, eu não sei se todos lembram dos seis domínios que nós temos... São 26 indicadores dos hospitais e eu vou falar, principalmente, dos que tiveram algum tipo de problema. Talvez se eu ficar falando um a um do terceiro ciclo, a gente pode perder tempo. Eu vou mostrar o trimestre, que a gente tem todos os indicadores um ao lado do outro. O primeiro indicador de segurança é “Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), na UTI Adulto”. Esse indicador é um indicador clássico, vários programas utilizam. A gente viu, até recentemente, uma publicação do Reino Unido só sobre esse indicador. Esse indicador também já era obrigatório pela ANVISA para os hospitais e a gente não teve muita inconsistência de envio.

Eduardo – Muito bem informado esse indicador.

Raquel – O problema desse indicador é, muitas vezes, os pequenos números. Porque, às vezes, as taxas de infecção são baixas e nós temos aqui hospitais de portes diferentes e, nesse grupo de voluntários, nós não fizemos a divisão por porte. Então, tem indicadores com UTI muito pequenos... Qual foi a solução e a regra que nós criamos para isso, que já

vai entrar na Instrução Normativa, e é bem semelhante ao que o Henri traz da literatura? Hospitais com menos de 25 e 30 casos, nós não vamos considerar no total. Até porque, para criar o benchmark, padrão, e quem está melhor e pior, nós vamos precisar que essa média ou mediana seja consistente. Esses pequenos números a gente vai retirar na hora de fazer o cálculo global. Outra coisa que melhorou e aí a gente pode ver pelo gráfico, é quando nós pegamos os dados de três meses. Pode ver no Box Plot laranjinha, que você já tem o dado com menos dispersão. Todos esses indicadores de taxa de infecção por cateter na UTI, tanto adulto quanto na pediátrica e na neonatal, tiveram um resultado melhor de avaliação. Não que esteja melhor ou pior, mas é mais fácil de avaliar quando a gente faz o dado trimestralmente. Isso serve para o E-SEG-02, que é infecção na UTI pediátrica, e você vê que melhorou bem, porque a pediátrica tem número menor ainda.

Eduardo – É. Na UTI, em geral, você tem um número de leitos, na grande maioria, eu creio, que não seria excluído, dentro desse critério de 30 pacientes/dia num mês. Mas na UTI pediátrica e neonatal, esse problema dos pequenos números é mais acentuado. Então, é uma análise que tem que ser pelo menos trimestral.

Raquel – Daí nós já tiramos algumas regras. O envio é mensal, mas a avaliação desses indicadores é trimestral. Os E-SEG-04, 05 e 06 são as taxas de utilização do cateter venoso central na UTI. Esse 4º indicador foi introduzido pelo grupo de hospitais para fazer um ajuste na quantidade de uso, porque já é descrito na literatura: quanto maior o uso, maior a chance de infecção. Como eu vou mostrar nos próximos slides em relação à pontuação, ele é um indicador que não pontua. Ele é um indicador que está sendo utilizado para esse ajuste. A questão do ajuste é que nós estamos ainda definindo se vai ser por banda. Por exemplo, se a mediana... o envio de dados dele também é tranquilo...

Eduardo – É melhor até do que as taxas de infecção.

Raquel – As pessoas não têm dúvida em relação a coletar o numerador e o denominador. E a mediana tem se mantido sempre compatível com o que a gente tem de benchmark na literatura. Mas a gente pode estar criando um grupo de taxa de utilização acima de 50%, abaixo de 50%, e talvez você consiga avaliar melhor o indicador de infecção.

Eduardo – Pode ser que usando dois grupos...

Raquel – A gente consiga ajustar com o...

Eduardo – A gente consiga ver alguma diferença que, usando mais grupos ou atribuindo um contínuo... como se admitisse que quanto mais alto fosse a taxa de utilização, mais alta poderia ser a banda... os dados não estão mostrando muito bem isso, mas pode ser que usando uma baixa utilização, uma alta utilização a gente possa encontrar essa diferença.

Raquel – Os números agora são muito pequenos para dar essa diferença. Bom, então esse segundo indicador de segurança eu já posso passar. O terceiro indicador de segurança, o E-

SEG-07, é um indicador que está dando problema. Porque ele é um indicador simples. Na verdade, nós queremos saber se o hospital está utilizando as três fases do *checklist* cirúrgico preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Como se trata apenas de um indicador documental, 100% das pessoas estão usando o *checklist* nas três fases, ou seja, não é um bom indicador. Ele não está indicando nada, 100% está usando. Qual é a saída para esse indicador? Nós vamos continuar avaliando a conformidade com o padrão de cirurgia segura, até porque é uma das diretrizes da OMS, é uma das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente. O que nós vamos tentar é adaptar. Talvez pegar um único item do *checklist* e perguntar se está sendo feito. Isso ainda não está definido. Nós estamos tentando trabalhar com pessoas que têm experiência. O Henri também está nos ajudando e estou tentando fazer uma reunião com o pessoal da Escola Nacional de Saúde Pública que, na verdade, é do ICICT, que é o Professor Valter Mendes. Ele está vendo todo o protocolo de cirurgia segura e é com esse grupo que a gente está tentando trabalhar para ver se encontra um ponto para ser medido dentro da conformidade. Então, esse indicador não está pronto, se mostrou ruim dentro dessa fase de testes, ou seja, ele não vai para a fase de generalização.

Ana Paula (Ministério da Saúde) – Só para complementar... na realidade, não é apenas uma diretriz não. Foram publicados três protocolos obrigatórios e serão publicados mais três pelo Ministério da Saúde. A gente publicou cirurgia segura, higienização das mãos e...

Raquel – Queda...

Ana Paula (Ministério da Saúde) – Não, queda ainda não... Foi higienização das mãos, cirurgia segura e prevenção de úlcera por pressão. Esses três já estão publicados em portaria, são obrigatórios para qualquer unidade de saúde, seja ela pública ou privada. E vão publicar queda, identificação e administração segura de medicamentos. Então, de fato, se é uma coisa obrigatória, perguntar se está sendo utilizada é quase redundante...

Raquel – Nem sempre...

Pessoa não identificada – O problema é que... se pegar o prontuário, ele está todo preenchido. Agora, a forma como foi preenchido... Então, o fato de você fazer aquele questionário verbal no ato da indução anestésica, gravado e tudo mais, quer dizer, houve uma conferência, uma participação da equipe no processo... um grande hospital... ao apresentar o caso dele... uma a cada 30, não é isso? Uma a cada 30... o resto é preenchido assim... alguém vai lá e preenche... quer dizer, esse preenchimento vai atender perfeitamente o Ministério da Saúde... Agora, o resultado vai ser isso daí? Então...

Raquel – Por isso é que nós estamos tentando ver dentro do *checklist*, dentro dos procedimentos obrigatórios, um único item, por exemplo, marcação de lateralidade, porque você já pega um traçador do que está sendo feito ou não... já te dá uma dica de que é um item bastante importante... que é o que a gente ver com muita frequência aí.

Pessoa não identificada – Teoricamente, esse índice vai alcançar os 100% mesmo.

Raquel – Exatamente. Ele já começou saindo da meta... atingindo a meta. Esse é um dos problemas que têm que ser solucionados antes de começar a generalização do uso. Na efetividade, tem as taxas...

Eduardo – Não, na efetividade nós não fizemos uma avaliação trimestral...

Raquel – É trimestral.

Eduardo – Porque como é incremental, é protocolo, importa o último mês em que você foi avaliado... você vai implantando os protocolos gradualmente. Por isso, nós não fizemos uma análise trimestral.

Raquel – É verdade. Só para lembrar, esse E-EFT-01 é o uso e a implantação de diretrizes e protocolos clínicos. Também tem tido os dados bastante consistentes. A média, mediana, está por volta de 40%. A gente preconizou utilização de pelo menos cinco protocolos, inicialmente, e o que a gente tem visto é que a maioria tem implementado dois. Como foi dito aqui, não adianta uma análise, uma série histórica, o que adianta é o último resultado para saber quantos já foram implementados. Então, esse que a meta é 100%, está caminhando. Os dados estão consistentes e parece bastante dentro do esperado. O E-EFT-02 já começa a taxa de mortalidade institucional. Essa taxa de mortalidade institucional também não apresentou nenhum problema de consistência. A mediana também está dentro do benchmark esperado e é um indicador que deve continuar como está. Aqui é a análise do trimestre. A taxa de mortalidade cirúrgica... Quando a gente está falando da mortalidade global, a gente também não tem grandes dados inconsistentes. Quarenta hospitais com centro cirúrgico estão enviando. A mediana está perto de uma mediana nacional e alguns benchmarks que nós temos. O problema que houve é que nós queríamos fazer um ajuste de risco pela classificação ASA, da Associação de Anestesiologia. Mas essa classificação ASA, muitas vezes, eles não têm disponível de todos os pacientes, principalmente hospitais com um volume de cirurgia muito grande. Por conta disso, nós transformamos a taxa de mortalidade cirúrgica com ASA em indicador recomendável, porque o ideal é que todo paciente tenha sua avaliação ASA previamente à cirurgia. Aquele hospital que conseguir ter avaliação ASA e mandar a mortalidade por ASA, ele teria o bônus de estar atingindo o indicador recomendado. E essa taxa global continua para os hospitais que têm a classificação de 100% dos seus pacientes.

Pessoa não identificada – Só queria colocar uma coisa em relação às taxas de mortalidade. Nós já vimos aqui uma diferenciação dos hospitais por especialidade, já temos hospitais oncológicos, pediátricos, participando e, obviamente, os hospitais estão com taxas muito baixas de mortalidade e os oncológicos muito alta. Então, já pensando numa estratificação dos hospitais especializados, não somente pelo porte, mas o tipo de especialidade.

Raquel – Quando a gente colocar na classificação que nós já temos, por conta da complexidade, esses hospitais oncológicos já vão partir para um grupo diferenciado. Nesse momento, a gente não está fazendo a classificação ainda. Como nós não temos ajuste de risco fino, como conseguem fazer nos Estados Unidos, porque têm as informações dentro do DRG, que é a forma deles coletar informação, nós temos que fazer alguma, meio termo de ajuste de risco. Esse é o Box Plot, não variou tanto.

Eduardo – Ficou bem estável. O único problema é a classificação ASA que poucos hospitais implementaram.

Raquel – A taxa de mortalidade neonatal, tanto para baixo peso, como para muito baixo peso, era um grande problema por conta também dos pequenos números. Uma única morte levava a taxa lá para cima e, com isso, nós vimos também que os resultados trimestrais facilitam bastante essa avaliação. Como dá para ver aqui. Antes a gente não tinha nem como avaliar...

Raquel – A partir dos dados agregados por trimestre, a gente tem pelo menos uma dispersão um pouco menor.

Eduardo – É. Esse é um indicador que ainda sofre com a questão dos pequenos números. Esse neonatal tem até um evento morte, mas não é tão raro assim... mas na outra faixa de peso poucos hospitais tem UTI neo...

Raquel – Fica um número pequeno...

Eduardo – E o número de leitos na UTI neonatal é pequeno. Isso é a realidade da saúde suplementar.

Raquel – A mortalidade neonatal de baixo peso, que não é muito baixo peso, também sofre o mesmo problema.

Eduardo – É melhor...

Raquel – Trimestralmente é bem mais fácil de estar avaliando.

Eduardo – É, tem que ser avaliado trimestral ou semestral.

Raquel – Nos indicadores de eficiência, nós temos as taxas de ocupação e as médias de permanência. Na verdade, são oito indicadores, quatro taxas de ocupação, a geral, a maternidade, a UTI adulto e UTI pediátrica, média de permanência geral, maternidade, UTI adulto e UTI pediátrica. Em relação à taxa de ocupação operacional, nós temos a portaria nº 312, que faz as definições do que é leito operacional/dia e da hora que deve ser colhido esse censo. Como alguns hospitais estavam calculando essa taxa pelo seu sistema de informação, eles não estavam usando esse cálculo, que é o somatório de leito

operacional/dia durante esses 30 dias. Isso estava trazendo a taxa de ocupação muito para baixo. Estava por volta de sessenta e poucos.

Eduardo – É. Agora melhorou um pouco. Está em torno de 70.

Raquel – Melhorou um pouco, porque nós estamos fazendo oficina com esses hospitais e tentando padronizar a forma da coleta desse dado, que é seguir o que está na portaria do censo hospitalar. Então, o primeiro ficou muito abaixo e depois já está num nível que está mais próximo da realidade. E isso se repete tanto para maternidade quanto para as UTI's.

Eduardo – Nas UTI's um pouco menos. No sentido de que são unidades fechadas. O leito operacional é mais fácil de calcular, mas o geral ainda sofre, quer dizer, esse indicador sofre a influência de que cada instituição mede de uma forma diferente.

Raquel – Assim não dá comparabilidade. Nós estamos tentando, ao máximo, padronizar essa coleta. A média de permanência sofre um pouco menos, porque é mais fácil o cálculo e também não tem tido inconsistências.

Eduardo – Esse indicador está bem consistente, estável...

Raquel – E que está de acordo também com os dados que nós encontramos nacionais. São mais ou menos 3,5 dias de internação em hospitais, que são hospitais de agudos. Tanto para as UTI's e para maternidade também. Os indicadores de acesso são os dois indicadores que medem basicamente tempo na emergência. O primeiro indicador é a existência de quanto tempo existe acolhimento com classificação de risco na emergência. Ele é mais fácil, a maioria dos hospitais sabe dizer o número de pacientes que teve acolhimento sobre o número de pacientes gerais que foram atendidos. O ideal é que todos, 100% dos pacientes atendidos tenham a classificação de risco na emergência. Mas a gente sabe que a média está por volta de 70% e é dentro da realidade esperada. Então, teria uma meta acima para que todos os pacientes na emergência tenham esse acolhimento. Os dados são mais ou menos fáceis de coletar porque fica registrado quem tem o acolhimento e o número de pacientes atendidos. O gráfico também não varia tanto. O segundo indicador de acesso, que seria o tempo de espera, por classe de risco, nós estamos tendo problemas na coleta do resultado. Primeiro, porque o emergente ou o muito urgente, aquele paciente classificado como vermelho, geralmente entra direto na emergência e só algum tempo depois é que alguém vai fazer algum tipo de registro no prontuário ou no sistema eletrônico do estabelecimento. Com isso, o tempo do vermelho, que era para ser imediato, é o maior, quase que o maior tempo que a gente tem.

Eduardo – É. Ele não é o maior tempo, mas comparativamente aos outros... o problema é que, especialmente no urgente, estão dando tempos muito baixos.

Raquel – Muito baixos, uma média de 40 minutos. Nem na Suíça eu acho que deve ser assim...

Eduardo – É. Esse indicador está contaminado com alguns hospitais... Esses hospitais estão contaminando o indicador, estão com tempos muito baixos, na ordem de segundos, menor que um minuto para o não urgente. Não sei o número, mas acredito que em seis hospitais. Acho que depois a gente pode fazer um trabalho direto com esses hospitais... eles acabam contaminando... Tanto que aqui usamos a média, mesmo assim a média está bastante baixa. O emergente está dando 14 minutos, enquanto o não urgente 40 minutos de média.

Raquel – Esse indicador, para generalização do uso, vai se modificar. Assim como está, não está indicando o que nós queremos saber. Uma das sugestões para a mudança, é que nós avaliássemos aquele paciente que realmente merece uma atenção maior, o que seria o amarelo, aquele que é urgente. E esse paciente é aquele que pode estar enfartando, pode estar com AVC e pode estar sentado na espera da emergência. A gente vai tentar fazer um rastreamento em cima dessa cor. Uma vez que, medir por tempo, não está se mostrando um bom indicador.

Eduardo – A argumentação é que o emergente, em geral, tenha um atendimento rápido, que é o paciente que seja trauma, politrauma, sangramento... Então, vamos dizer, ele não fica esperando e é um caso grave... Mas o problema é o urgente que, muitas vezes, há uma gravidade do caso e a espera acaba sendo longa. Então, tem que monitorar o mais urgente ou pontuar mais... alguma coisa nesse sentido.

Raquel – Essa é uma das saídas que nós estamos tentando para melhorar esse indicador antes da generalização. Aqui são os gráficos.

Eduardo – Os quatro primeiros são o emergente. Mostrando aqui o tempo... esse aqui o tempo médio, emergente no primeiro trimestre. Emergente, aqui é urgente e aqui o não urgente. O não urgente vai desde zero minuto até 100 minutos. Acredito que alguns hospitais estão... ou eles têm esse sistema de atendimento imediato, *Fast Track*... Aí o tempo é zero minuto mesmo. Em geral, esses hospitais estão com públicos grandes, por isso que eles estão influenciando muito. Alguma coisa eu acho que a gente poderia fazer, ou nas oficinas ou um trabalho pessoal com esses hospitais que estão indicando tempos em torno de menos de um minuto para todos os tipos de paciente. Mas você vê que não, esperaríamos um crescendo. Há uma tendência a crescer. Realmente, o não urgente tem um tempo maior do que o emergente, mas não está tão claro... O tempo de espera médio no não urgente não é 40 minutos, de forma alguma.

Raquel – Passando aqui para o próximo domínio, que é centralidade no paciente. O primeiro indicador de satisfação do cliente está relacionado a um formulário auto-preenchido e com algumas regras que nós definimos, para tentar padronizar essa comparação, com uma pergunta que é padronizada para todos os formulários. Esse resultado também é compatível.

Eduardo – É. Está bem o que a literatura mostra.

Raquel – E nós estipulamos um número mínimo de formulários respondidos. Vou passar aqui, porque esse está muito fácil. E o segundo, por que ele não é incremental também.

Eduardo – É, ele é incremental. Aí teríamos o monitoramento da manifestação do cliente. Nos cinco ciclos iniciais, praticamente, visualizava uma questão estrutural, que era a implementação de registros das manifestações, as rotinas de avaliação dessas manifestações e a implementação de melhorias. Ele era estrutural, porque a gente dava sim ou não. Então, não tem sentido você fazer. Ele é incremental, o último mês seria o mês mais importante, vamos dizer assim. Agora, a partir do sexto ciclo, eu acredito que é a generalização... nós vamos quantificar mais. Então, vai ter o universo, vai ser o número de manifestações de cliente recebido e o numerador seria o número de melhorias implementadas a partir daquelas manifestações. Então, por isso que ele não apareceu aí. Os dois indicadores de equidade também não apareceram porque também são incrementais. O hospital vai melhorando sua adaptação para a pessoa com deficiência. Então, também é incremental, se ele incrementa medidas para priorizar as pessoas ditas vulneráveis. O último mês é que seria válido, no sentido de que se espera que ele tenha sempre um resultado... ele vai implementando as ações.

Raquel – Como nós conseguimos deixar esses dois indicadores numéricos, quantitativos, eles também não estão tendo dificuldade no envio dos dados. Porque você tem um *checklist* para o primeiro de 85 questões. Ele vai colocar quantas das 85 ele conseguiu atingir para ter acessibilidade dentro do estabelecimento. O outro nós botamos cinco medidas e nós vamos ver quantas eles conseguiram atingir para dar prioridade à pessoa com deficiência. Então, foi basicamente esse o resultado. Esse é o andamento do nosso grupo piloto... eu acho que a gente está aprendendo bastante com esses indicadores, a cada ciclo, os dados ficam mais consistentes e nós conseguimos detectar os principais ajustes necessários que são esses que nós passamos. Em relação ao informe dos grupos de trabalho, o primeiro subcomitê de indicadores de SADT, o de laboratórios, da última reunião para cá, não tivemos uma reunião. A reunião está marcada para quarta-feira. Então, vou passar mais rápido porque não houve ainda uma evolução... Laboratórios de análises clínicas, nós conseguimos definir na última reunião, Wilson me corrija, a unidade de avaliação. Nós conseguimos fazer uma estratificação por volume de paciente atendido/mês e definimos, inicialmente, que as unidades intra-hospitalares, que não têm componente ambulatorial, não serão avaliadas na primeira fase. Está em análise uma primeira cesta de indicadores essenciais que são as mesmas que foram apresentadas aqui da última vez. Esse conjunto de indicadores vai ser trabalhado na quarta-feira, na próxima reunião desse grupo. Então, acho que para próxima reunião a gente já traz alguma coisa mais fechada, esperamos assim. O subgrupo de oncologia evoluiu na avaliação daquela primeira cesta proposta e nós conseguimos já fechar uma cesta de indicadores. As unidades isoladas do serviço de oncologia vão ser divididas por serviços isolados de quimio, serviços isolados de radioterapia e os serviços

mistos. Essa vai ser a forma de estratificação. Essa primeira cesta de indicadores tenta contemplar, para cada domínio, indicadores que vão avaliar os três tipos de unidades que serão avaliadas. Foi definido para segurança o primeiro indicador que é *“Definição explícita do estadiamento (TNM) dentro de um mês da primeira consulta, incluindo laudo anatomopatológico que confirma neoplasia maligna e tipo histológico”*. Esse vale para os três grupos. Foi considerado um indicador de segurança, também o segundo *“Documentação do objetivo e do planejamento do tratamento quimioterápico (drogas, doses e intervalos)/radioterápico”*, que vale também para os três grupos. Quanto à efetividade, a gente tem que ver algum tipo de resultado, por isso foram escolhidos os cânceres, digamos assim, mais frequentes: o câncer de mama e o câncer de próstata. Dentro desses dois indicadores, teve um problema porque os dois são relativos à quimioterapia. Então, no domínio efetividade, nós ainda não temos um indicador de avaliação das clínicas de radioterapia. Isso está sendo discutido pelo grupo. Provavelmente, na próxima reunião vão trazer. Para eficiência, então, foi colocado *“Relação das horas trabalhadas de médico radioterapeuta/pacientes novos tratados”* e *“Relação das horas trabalhadas de enfermeiro/poltrona reclinável e macas na área de aplicação dos quimioterápicos”*. Para equidade acabou se usando basicamente o que nós tínhamos para hospitais, porque eles também estão adequados às unidades que recebem pacientes. O que já não é o caso da anatomia patológica, que nós vamos ver mais à frente. Então, entra *“Acessibilidade arquitetônica”* e entram *“Medidas para garantir o atendimento prioritário às pessoas mais vulneráveis”*. Em relação ao acesso, foi também medido tempo, porque quando a gente está avaliando acesso em serviço, a gente acaba avaliando muito tempo. Então, *“Tempo médio para o início do tratamento, após a liberação pela operadora”*, ou seja, nós não estamos avaliando a operadora e sim o serviço. A *“Disponibilização de apoio profissional na unidade de atendimento”*. Então, quanto mais serviços estiverem disponíveis para os pacientes com câncer, que são pacientes complexos e precisam de uma avaliação multiprofissional, maior acesso esses pacientes vão ter a essa avaliação. Centralidade no paciente se concentrou na *“Avaliação da dor até a segunda consulta”*, que cabe para os três serviços avaliados. *“Avaliação da capacidade funcional do paciente em até um mês da primeira consulta”*, que são cuidados específicos que não estão relacionados propriamente à quimioterapia ou à radioterapia, mas é um cuidado que deve se ter com paciente oncológico. Fechou então essa cesta, na última reunião da oncologia. Anatomia patológica, nós tivemos também mais uma reunião, entre um COGEP e outro, e nas últimas reuniões nós já tínhamos definido que esse grupo de Anatomia Patológica vai ter um conjunto de indicadores para as quatro principais áreas, digamos assim, de concentração, que seria a patologia cirúrgica, citopatologia, patologia cirúrgica e citopatologia e a imunopatologia. Dentro desse conjunto de indicadores, caso aquela entidade não tenha todos os serviços, ela vai acabar colocando não se aplica e essa pontuação vai ser redistribuída. Esse foi o consenso dentro desse grupo que também achou que não deveria se aplicar porte e sim a complexidade do procedimento realizado. Na última reunião, nós também chegamos a uma definição da primeira cesta de indicadores estamos tentando entrar na próxima, já com a

confeção dessas fichas técnicas para já tentar uma avaliação controlada até o final do ano. Foi definido como segurança “*Sistema de rastreabilidade de amostras*”, “*Índice de insatisfatoriedade da amostra*”, “*Taxa de identificação correta do paciente de acordo com as normas pré-estabelecidas pela sociedade*”. Para efetividade, “*Percentual de mulheres com câncer de mama para os quais os seguintes parâmetros prognósticos e preditivos estão documentados, tipo histológico, estadiamento, receptores de estrogênio (RE) e progesterona (RP), HER 2*”, “*Número de retificação dos laudos*”, “*Padronização de laudos de acordo com o critério da sociedade*” e “*Dupla observação*”. A gente colocou dentro dos domínios mais de dois indicadores. Provavelmente na nossa próxima reunião, nós já vamos definir até os que são essenciais e os recomendáveis, para não ficar uma cesta muito grande de obrigatórios, né Rose? Me corrija também se eu tiver errada. Para eficiência, foram colocados “*Relação entre o número de laudos anatomopatológicos emitidos anualmente e o número de patologistas do laboratório registrados no CRM*”, “*Razão do número de citotécnico/especialistas de nível superior*” e “*Relação entre o número de laudos citopatológicos emitidos anualmente e o número de especialistas de nível superior do laboratório registrados no conselho profissional*”. Equidade já foi um pouco diferente, porque geralmente os laboratórios de anatomopatologia não têm o contato direto com o paciente. Eles recebem essa amostra ou dos hospitais ou das clínicas ou dos próprios laboratórios de análises clínicas. Então, ficaria difícil você utilizar o que a gente tava usando em relação à equidade. Foi definido na última reunião que seria “*Não discriminar a liberação de laudos emitidos por conta da fonte de pagamento*”, porque são várias fontes, e “*Compara o tempo de liberação de laudos por fonte de pagamento (particular/convênio)*”, para verificar se está havendo uma equidade no tratamento dos pacientes com convênio e nos particulares. Em relação ao acesso, também é um domínio difícil de avaliar em um laboratório que não tem esse contato direto, mas se chegou à conclusão que quanto mais procedimentos existentes no rol estejam disponíveis para o paciente, isso traria maior acesso. E também um sistema de entrega de laudos que seja rápido e fácil, que facilitaria o acesso ao laudo. Em relação à centralidade no paciente, se pensou na “*Busca ativa dos pacientes com diagnósticos críticos*”, ou seja, não adianta dar um laudo lindo de câncer, tipo Y ou Z, e o paciente nunca receber esse laudo, e também “*Tempo de liberação desse laudo para o paciente*”, estariam voltados à centralidade no paciente. Em relação ao subgrupo dos hospitais, esse ano nós conseguimos definir a ponderação dos domínios, que foi apresentada na reunião passada, e a definição da metodologia de pontuação desses indicadores. Tudo isso é importante porque vai entrar na regra, como a gente já falou aqui, indicador por indicador. Na regra para que os hospitais possam fazer adesão na generalização do uso. Está previsto para as próximas reuniões, as estratégias de divulgação. Como o Henri já apresentou diversos programas, cada um tem uma estratégia de divulgação. De antemão, nós já discutimos aqui que a divulgação deve ser semelhante ao Programa de Qualificação das Operadoras, até para manter uma linha de comunicação da ANS com o público. Os mecanismos de auditoria também que são muito importantes, uma vez que os nossos programas são “*autoreportados*”, o próprio hospital

reporta ou o próprio estabelecimento reporta os seus resultados. É fundamental que a gente tenha o mecanismo de auditoria até para ter responsabilidade, como já foi dito muitas vezes aqui, na divulgação desses resultados para o público em geral. Dentro do grupo, então nós fizemos uma pontuação para cada domínio. Isso também já foi mostrado da última vez. A gente usou o método de Delphi, tentando um consenso para dar peso em cada domínio. Foi atribuído um peso maior para segurança, depois efetividade, centralidade no paciente, eficiência, acesso e, por último, equidade. Nós começamos a calcular o ponto do indicador para que a gente já tenha uma metodologia pronta antes de abrir para generalização do uso. Então, foi com base na ponderação desses domínios e nos resultados que nós temos da avaliação controlada. Também já foi visto aqui, que na literatura mundial o benchmark que é usado é o benchmark local e é isso que a gente está tentando fazer... trabalhar com os dados que nós temos da avaliação controlada, para definir qual seria... principalmente, nós estamos tentando ver o que está dentro dos percentis... o que seria ideal partindo do grupo. Eu não vou falar de todos aqui, porque senão teria que voltar os 26 indicadores, mas, de modo geral, o que foi feito? É o seguinte: o peso do domínio está distribuído por indicador que compõe aquele domínio. A distribuição desse valor pode variar de acordo com a relevância do indicador. Se o domínio tem seis indicadores, pode ser que um indicador tenha o peso maior porque tem uma representatividade maior. Por exemplo, na centralidade no paciente, um, é só responder um formulário, positivamente. Já o segundo, você dá importância ao que foi feito com as reclamações do paciente. Então, o grupo de hospitais ponderou que esse segundo indicador deveria ter um peso maior do que o primeiro. E assim foi feito com todos os 26 indicadores e cada indicador vai ter uma pontuação de 0 a 1, que vai ser, na verdade, proporcional ao ponto que ele tem, para no final fazer a soma. A soma de todos os domínios é 100. Cada domínio tem a sua pontuação. Por exemplo, segurança 22. Ele pode atingir os 22 ou não. Os primeiros três indicadores são indicadores da infecção... os três indicadores, aqueles que eu já falei que não pontuam, porque eles são a taxa de utilização... e o terceiro, ele acabou ganhando, apesar dele estar em construção, ele ganhou um peso bem razoável por conta dele ser uma premissa da Organização Mundial de Saúde em relação à segurança do paciente. Para cada indicador de infecção, o conjunto vale 12... como são três, valem quatro, mas se o hospital só tiver uma UTI e é de adulto, ele ganha os 12 para UTI de adulto. Se ele tiver os três, aí cada uma vai valer quatro. Se ele tiver só duas, cada um vai valer seis, deu para entender? Como esse indicador, o ideal é que essa taxa de infecção esteja o mais baixa possível. Ele vai pontuar no máximo quando o indicador estiver abaixo do percentil 25. Igual ou menor do que 25, ele ganha um... se ele tiver entre 25 e 50% do percentil do grupo. Por isso que eu estou falando, o benchmark é o grupo. Ele ganha meio, se ele estiver acima de 50% da infecção naquele grupo. Aí ele ganha zero, porque ele está com infecção muito maior e esse raciocínio foi utilizado para todos os outros domínios. Efetividade 18, acabou sendo dividido. Metade da efetividade é taxa de ocupação, a outra metade é a média de permanência. Foi dividido dessa forma. Foi ponderado pelo grupo que a taxa de ocupação valeria mais do que a média de permanência... que a média de permanência pode ter uma variabilidade maior e a taxa de

ocupação pode levar a consequências de diminuição da segurança, quando você está muito acima do preconizado. Esse aqui são as mortalidades. A mortalidade global vale seis, a mortalidade cirúrgica, quatro. Diretrizes... Deixa eu pegar a minha cola aqui para ficar melhor... quanto maior... mas aqui é para o uso de diretrizes... não, é do grupo que está sendo... por exemplo, no momento o nosso grupo é o voluntário, mas depois, no futuro, vai ser porte um, porte dois... se autoajusta... exatamente isso. Então, eu acho que não precisa ficar passando um por um porque o raciocínio é basicamente esse. Dentro do grupo onde está inserido o serviço, ele vai ser avaliado, para mais ou para menos dentro dos percentis.

Pessoa não identificada – Só citar uma coisa aqui que o Wilson colocou. O grupo voluntário serviu para a gente definir esses pontos de corte... seria o percentil 90%, seria o percentil 75... mas é claro que o 90% no grupão, pode ser um protocolo implantado, entendeu?

Raquel – É, ele vai ter que se ajustar para ficar...

Pessoa não identificada – E o sistema para isso?

Raquel – Nós estamos construindo um sistema informatizado, mas ele ainda está em construção. O que nós temos usado é o FORMSUS, que é o formulário que tem as perguntas relativas ao numerador e ao denominador, e o estabelecimento responde. Dentro dessas questões, o Eduardo teve o trabalho de ver 200 tipos de inconsistências que poderiam aparecer caso ele respondesse errado. Aí, com isso, a gente tenta que as respostas tenham coerência. Então, se ele diz na estrutura que não tem Centro Cirúrgico e depois ele responde as perguntas de taxa de mortalidade do centro cirúrgico, isso já começa a criar mecanismos de inconsistência... para ver até a veracidade dos dados que estão sendo coletados. Assim, já são filtros... Nesse primeiro ciclo da generalização, a gente ainda deve continuar com essa ferramenta provisória. Ela está funcionando. O que é difícil é que a gente não tem muita automatização. Tem que fazer muita coisa na mão e a gente pretende que o sistema pronto já faça isso. Então, a metodologia é essa. Agora, os próximos passos para os grupos de SADT é avançar na elaboração das fichas técnicas, tentar encerrar o planejamento desses três grupos, a fase E1... já estão em andamento... e até tão andando bem. Ver se até o início de 2014, nós já conseguimos trabalhar com alguns voluntários e iniciar a generalização do uso do módulo hospitalar, que já está bastante adiantado. Lembrando o nosso cronograma das reuniões, a próxima é dia 14 de outubro e, provavelmente para o dia 14 de outubro, a gente já vai ter as regras da abertura do programa para generalização do uso, melhor definido e de acordo com o que tem sido trabalhado e tem sido apresentado aqui para vocês. E nós estamos aí abertos para receber contribuições. O nosso e-mail: comite.prestadores@ans.gov.br. A gente ainda recebe bastante coisa e toda contribuição é muito bem-vinda. Eu agradeço muito a paciência de vocês e a presença de vocês aqui e vamos ver se a gente se encontra aí em outubro, tá bom? Obrigada. Alguém quer falar mais alguma coisa? Eu encaminho, tá? **FIM DA REUNIÃO.**