

**PONTIFÍCIA UNVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTAÇÃO EM NEFROLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**IDENTIFICAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA UM SERVIÇO DE
TRANSPLANTE RENAL**

PATRÍCIA TREVISO

PORTO ALEGRE

2009

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM NEFROLOGIA**

**IDENTIFICAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA UM SERVIÇO DE
TRANSPLANTE RENAL**

PATRÍCIA TREVISÓ

Orientador: Dr. David Saitovitch

Co-orientador: Flávio Henrique Brandão

Dissertação apresentada à Comissão Examinadora para obtenção do grau de Mestre em Medicina e Ciência da Saúde – Área de Concentração em Nefrologia. Faculdade de Medicina. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

PORTO ALEGRE

2009

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

T814i Treviso, Patrícia
Identificação de indicadores de qualidade para um serviço de transplante renal /
Patrícia Treviso. Porto Alegre: PUCRS, 2009.

97f.: tab. Inclui dois artigos de periódico: de revisão e original.

Orientador: Prof. Dr. David Saitovich
Co-orientador: Prof. Dr. Flávio Henrique Brandão.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do
do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica e
Ciências da Saúde. Área de concentração: Nefrologia.

1. TRANSPLANTE DE RIM. 2. INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE. 3.
GARANTIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DA SAÚDE. 4. GESTÃO DE QUALIDADE. 5.
INDICADORES DE SERVIÇO. 6. INDICADORES BÁSICOS DE SAÚDE. 7. INDICADORES. 8.
ESTUDOS TRANSVERSAIS. 9. ANÁLISE QUANTITATIVA. I. Saitovich, David. II. Brandão,
Flávio Henrique. III. Título.

C.D.D. 616.61
C.D.U. 616.61-089.84:331.108(043.3)
N.L.M. WJ 378

DEDICATÓRIA

Àqueles que amo

AGRADECIMENTOS

Felizmente tenho muito a agradecer....

Ao meu Mestre e Orientador Dr. David Saitovitch, obrigado pela oportunidade ímpar, pela dedicação e pelas valiosas contribuições na minha vida acadêmica.

Ao meu co-orientador, Prof. Flávio Henrique Brandão, pela sua contribuição e apoio em etapas importantes e significativas no desenvolvimento deste trabalho.

À Dra Maria Eugênia Canziani, pelo acompanhamento e estímulo na realização do presente estudo, pela sua preocupação e valorização às questões da qualidade na Nefrologia.

Aos queridos mestres Dr Domingos, Dr Ivan, Dr Poli e Dra Bartira pelos ensinamentos, pela preocupação com o pensar crítico e pela produção científica e principalmente pela contribuição na formação pessoal e profissional.

Ao menino Yam, meu orgulho, pelo amor incondicional que me impulsiona dia após dia.

Ao Marco Aurélio, meu companheiro de caminhada, pela presença constante, pela imensa compreensão, pela parceria, apoio e amor que me ajudaram na conquista e realização de mais um sonho.

Aos meus pais Luiz Carlos e Jonalda, amor e fortaleza, obrigado pelo carinho, pelo colo, pelo olhar sustentador.

Aos meus irmãos Marcelo e Andréia, obrigada pelo imenso carinho e parceria.

À Iara, por me mostrar o caminho.

À Andréa C, obrigado pela compreensão, preocupação e imenso apoio.

Às minhas grandes amigas Milene C, Juliana RC, Fernanda S e Débora K tenho muito a agradecer a vocês, palavras não bastariam.

Obrigada à Patrícia S. amiga de coração gigante e bondoso!

À Dra Enf^a Ana, o meu muito obrigado pelo apoio e incentivo.

À Marta por ter me incentivado desde o início desta caminhada.

Aos meus colegas de trabalho e aula obrigado pelo apoio e compreensão (Emi S, Ana Paula B, Adriane G, Cristiane, Márcia, Graziela, Gabriela, Maria José, Bianca, Adriana, Eni...).

À equipe de técnicos de enfermagem e administrativos com quem trabalho, agradeço pelo carinho e pela torcida.

À Rozélia pelas palavras de coragem e pelo abraço, tantas vezes revigorante.

Aos profissionais e pacientes da PUCRS, sem eles este trabalho não existiria.

À Vera, Márcia e Dago, do centro de diálise e à Raquel, do ambulatório, agradeço pelo auxílio e carinho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio, que oportunizou a realização deste projeto de vida.

A todos aqueles que estiveram comigo participando na construção do meu caminho, meu reconhecimento.

E acima de tudo, a Deus.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	ix
LISTA DE TABELAS.....	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Movimento da Qualidade no Setor da Saúde: História	3
1.2 Qualidade: Conceitos Gerais	6
1.3 Prestação de Serviços	7
1.3.1 Qualidade Total em Serviços.....	7
1.4 Indicadores.....	9
1.4.1 Construção de indicadores.....	10
1.4.2 Características dos indicadores.....	11
1.4.3 Indicadores da área hospitalar	12
1.4.4 Alguns Programas de Avaliação da Qualidade no Brasil	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo primário	14
2.2 Objetivos secundários.....	14
3 PACIENTES E MÉTODO	15
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	15
3.1.1 Construção do instrumento de pesquisa	15
3.1.2 Análise estatística.....	16
3.2 Aspectos éticos.....	17
4 RESULTADOS	18
5 DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÕES	28
7 REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE 1. Artigo Original – Submetido à International Journal of Quality Health.....	36
APÊNDICE 2. Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais	53
APÊNDICE 3. Comprovante de submissão do artigo.	56
APÊNDICE 4. Mensagem eletrônica de confirmação de submissão do artigo.	57

APÊNDICE 5. Artigo de Revisão – Submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem.....	58
APÊNDICE 6. Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais	79
APÊNDICE 7. Recibo de Submissão do Artigo de Revisão.....	83
APÊNDICE 8. Instrumento de Coleta de Dados	84
APÊNDICE 9. Instrumento de Coleta de Dados	85
APÊNDICE 10. Instrumento de Coleta de Dados	86
APÊNDICE 11. Instrumento de Coleta de Dados	87
APÊNDICE 12. Instrumento de Coleta de Dados	88
APÊNDICE 13. Instrumento de Coleta de Dados	89
APÊNDICE 14. Conceito de Indicadores	90
ANEXO A. Aprovação comitê de ética.....	92
ANEXO B. Relação de indicadores do HSL da PUCRS	93
ANEXO C. Relação de indicadores padronizados pelos SIPAGEH.....	94
ANEXO D. Comparação entre os profissionais assistenciais em relação ao tempo de trabalho na área de transplante quanto às questões relacionadas aos indicadores assistenciais	95
ANEXO E. Comparação entre os profissionais administrativos em relação ao tempo de trabalho na área de transplante quanto às questões relacionadas aos indicadores administrativos.....	96
ANEXO F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS

BSC	<i>Balaced Scorecard</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CQI	<i>Continuos Quality Improvement</i>
DOH	Divisão de Organização Hospitalar
DP	Desvio Padrão
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
FPEEEA	Força motriz, Pressão, Estado/Situação, Exposição, Efeito, Ação.
HSL-PUCRS	Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
INBRAH	Instituto Brasileiro de Acreditação
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ITU	Infecção do Trato Urinário
JC	<i>Joint Comission</i>
JCAH	<i>Joint Comission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Comission International</i>
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
MS/SVS	Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação.
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PDCA	Ciclo PDCA: <i>Plan, Do, Check, Act</i>
PGQP	Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PQH	Programa de Qualidade Hospitalar
PQSP	Programa de Qualidade no Serviço Público
RH	Recursos Humanos
SINVAS	Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SIPAGEH	Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar
SVD	Sonda Vesical de Demora
Tx	Transplante
UI	Unidade de Internação
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=133)	18
Tabela 2. Importância dos indicadores para um serviço de transplante renal na opinião dos profissionais assistenciais.	19
Tabela 3. Importância dos indicadores para um serviço de transplante renal na opinião dos profissionais administrativos.....	20
Tabela 4. Listagem de todos indicadores sugeridos (profissionais assistenciais, administrativos e pacientes).	21
Tabela 5 – Dimensões da qualidade na perspectiva dos pacientes.	23

RESUMO

Introdução – Os indicadores são ferramentas úteis dentro dos programas de qualidade em assistência à saúde.

Objetivos: Identificar os principais indicadores de qualidade para um serviço de transplante renal na opinião dos profissionais e pacientes e conhecer a importância das dimensões da qualidade para estes pacientes.

Metodologia: Estudo transversal com análise quantitativa. A coleta de dados foi realizada através de questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. A amostra (n=133) foi composta por profissionais assistenciais (n=56), administrativos (n=16) e pacientes (n=61). Para cada grupo solicitou-se o preenchimento de questionário avaliando a importância de uma série de indicadores específicos da área de atuação dos sujeitos. Solicitou-se ainda, a sugestão de novos indicadores que fossem considerados relevantes para um serviço de transplante renal, o que resultou numa lista de 50 indicadores.

Resultados: Após análise, observou-se que, em relação aos profissionais, não houve diferença significativa quanto à importância atribuída por eles aos indicadores apresentados. Verificou-se diferença estatística quanto à opinião de necessidade de mais indicadores entre os profissionais assistenciais ($p=0,046$) e entre os profissionais administrativos ($p=0,011$). Houve preocupação dos profissionais assistenciais com indicadores administrativos e dos profissionais administrativos com indicadores assistenciais, bem como ênfase do grupo de pacientes em relação aos indicadores associados à humanização do cuidado. Quanto às dimensões da qualidade os pacientes em sua maioria (82 – 100%) consideraram os indicadores importantes.

Conclusão: O trabalho possibilitou a identificação de 50 indicadores, sendo 23 específicos que podem ser utilizados pelos Serviços de Transplante Renal para monitoramento da qualidade em assistência à saúde.

Descritores: Indicadores; indicadores de qualidade em assistência à saúde; transplante de rim; controle de qualidade; gestão de qualidade.

ABSTRACT

Introduction - Indicators are useful tools within quality programs in health care.

Objectives: To identify the main quality indicators for a kidney transplantation service in the opinion of professionals and patients and to get to know the importance of the dimensions of quality for these patients.

Methodology: Cross-sectional quantitative analysis study. Data collection was conducted through a structured questionnaire with open-ended questions and objective multiple-choice, rating scales and agreement questions. The sample (n = 133) was composed of professionals directly involved in health care (n = 56), administrative personnel (n = 16) and patients (n = 61). Each group was asked to fill a questionnaire assessing the importance of a number of specific indicators related to the subject's area of insertion in the process. It was also asked that new indicators, considered relevant to a service of kidney transplantation, were suggested by the subjects. This procedure resulted in a list of 50 indicators.

Results: After analysis, it was observed that, for the professionals, there was no significant difference as to the importance attached by them to the indicators presented. There was statistical difference of opinion as to the need for more indicators amongst the professionals of health care ($p = 0,046$) and amongst the administrative personnel ($p = 0,011$). It was observed that the health care professionals expressed concerns about administrative indicators and that the administrative personnel expressed concerns about health care indicators. It was also observed the emphasis given - by the group of patients, regarding indicators associated with the humanization of care. As to the dimensions of quality, most patients (82 - 100%) considered the indicators important.

Conclusion: The work enabled the identification of 50 indicators, 23 specific for a kidney transplantation service that can be used by kidney transplantation services for monitoring quality in health care.

Keywords: Indicators; indicators of quality in health care, kidney transplantation.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a qualidade e a gestão de qualidade têm sido amplamente discutidas em diversas áreas, incluindo a área da saúde. Observa-se, nos hospitais e outras instituições de saúde, uma constante preocupação com a modernização nos modelos gerenciais, visão de processos e de indicadores, evidenciando uma busca pela qualidade dos serviços, pela excelência do atendimento, custos reduzidos e diminuição do retrabalho. ⁽¹⁾ Diante deste contexto, uma das estratégias principais adotadas pelas organizações é inovar nos serviços prestados, oferecendo um serviço que não só satisfaça o desejo do paciente, mas que também o surpreenda, superando suas expectativas. ⁽¹⁾

Essa busca constante pela qualidade na prestação dos serviços de saúde deixou de ser uma opção e tornou-se um pré-requisito para a sobrevivência e competitividade das instituições. ⁽²⁻³⁾ Neste contexto, a adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica das organizações e a busca da qualidade na prestação de serviços à saúde, uma necessidade social e técnica, evidenciando que a melhoria da qualidade leva diretamente à maior eficiência e a redução de custos. ^(1, 3-7)

O “*Institute of Medicine*” conceitua qualidade como sendo o aumento do grau de chance dos serviços de saúde ao atingirem desfechos desejados. ⁽⁸⁾ Neste sentido, a sobrevivência das instituições de saúde está ligada diretamente aos processos de melhoria contínua da qualidade, processo que envolve toda a instituição desde a parte administrativa até a operacional, constituindo-se um sistema de gerenciamento com ampla visão da instituição.

Um destes sistemas é o modelo denominado em inglês *Continuous Quality Improvement* – CQI (Melhoria Contínua da Qualidade). ⁽⁵⁾ O CQI foi aplicado inicialmente na indústria japonesa, ensinado por Deming, onde despertou grande interesse na área da saúde, trabalhando questões intrinsecamente ligadas à qualidade como a satisfação dos clientes internos e externos, o desempenho dos processos e o fortalecimento da instituição tornando-a mais competitiva. ^(2, 9)

Na área de transplante renal, poucos são os programas de qualidade validados, contudo a Organização Nacional de Acreditação (ONA) criou um Manual de Acreditação para as organizações prestadoras de serviços de hemodiálise e terapia renal substitutiva com a finalidade de auxiliar estas organizações na implantação de melhorias da qualidade neste tipo de serviço, descrevendo também indicadores para acompanhamento e avaliação dos processos que envolvem o procedimento de diálise, como: satisfação de clientes internos e externos, capacitação profissional, registro de controle mensal de visitas realizadas pelos médicos nefrologistas. ⁽¹⁰⁾

Indicador de qualidade é uma ferramenta que foi desenvolvida para facilitar a quantificação e a avaliação das informações, ⁽¹¹⁾ sendo utilizado para medir a qualidade em um aspecto concreto da atenção à saúde, podendo auxiliar no monitoramento de processos e seus resultados. ^(7, 12-13)

Submeter os serviços de saúde a processos contínuos de avaliação, através de indicadores, possibilita a melhoria desses serviços. Permite modificar rotinas e trabalhar para a obtenção de resultados mais satisfatórios. ^(7, 14-15) Um exemplo é o indicador de mortalidade, historicamente utilizado, ^(13, 16) seguido por outros como índice nascidos vivos, taxa de morbidade e tantos outros, que podem revelar características importantes de uma determinada região e embasar medidas de melhorias.

A qualidade possui dimensões ou atributos que são imprescindíveis para uma boa qualidade percebida de um serviço, podendo ser analisadas através da pesquisa de opinião. As principais dimensões da qualidade são: ⁽¹⁷⁾

- Confiabilidade - entrega do que foi prometido de forma segura e precisa;
- Segurança – atendimento de forma segura, confiante e gentil;
- Aspectos tangíveis - aparência e qualidade das instalações físicas, dos equipamentos e apresentação da equipe funcional;
- Empatia – atendimento cuidadoso, demonstrando atenção e sensibilidade;
- Receptividade – disposição e presteza no atendimento.

Estas dimensões são importantes em todo o processo de atendimento ao paciente, desde a recepção, a assistência à saúde propriamente dita até a alta, sendo que todos devem estar comprometidos e motivados no sentido do bem atender ao paciente. ⁽¹⁷⁾ Desde a recepção, a assistência à saúde propriamente dita até a alta, a qualidade é um componente que deve fazer parte de todo processo. Embora existam indicadores institucionais, inexistem até o presente, indicadores específicos padronizados para um Serviço de Transplante Renal. E é baseado nesta hipótese que este trabalho foi desenvolvido, acreditando que os serviços de transplante renal podem dispor de ferramentas para tornarem-se ainda mais qualificados.

1.1 MOVIMENTO DA QUALIDADE NO SETOR DA SAÚDE: HISTÓRIA

As preocupações com a qualidade dos serviços de saúde constituem tema já considerado de interesse há décadas. Os Estados Unidos (EUA) são pioneiros na matéria. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ Um dos primeiros documentos sobre o tema, nos EUA, foi o Relatório Flexner sobre educação médica, de 1910, que investigou a fundo os cursos de medicina e os hospitais de então, propondo drásticas medidas para o seu aprimoramento, repercutindo no fechamento de escolas e na criação de normas mais explícitas para o funcionamento dos hospitais e para a qualificação da equipe funcional. ⁽¹⁸⁾ Depois disto, em 1917 o “*American College of Surgeons*” instituiu o “Padrão Mínimo” para hospitais, que foi o embrião para o programa de padronização dos hospitais desenvolvido em 1951 pela Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) que é hoje a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), criada na década de 1950 também nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar, desenvolver e estimular a educação contínua e realizar consultorias no ambiente hospitalar. ⁽²⁰⁻²¹⁾

O interesse internacional pela qualidade ocorreu após a II Guerra Mundial, pela necessidade de implantação de sistemas de controle de produção e de custos devido à escassez de recursos. ^(4,22) Além da área industrial, várias outras áreas aderiram a este processo, buscando então melhorar a qualidade não só de produtos, mas também de serviços, como a área da saúde por exemplo. ^(2,23)

A OMS, em 1989, focando sua atenção para a questão da qualidade da assistência hospitalar na América Latina criou estratégias para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade, contribuindo para provocar nos profissionais um estímulo para avaliar as debilidades e forças da instituição; estabeleceu metas para o desenvolvimento das iniciativas de qualidade e provocou uma mobilização na busca desta na atenção à saúde. Neste mesmo intuito, um banco de dados de processos e desfechos na área hospitalar foi iniciado em 1994 pela JCAHO, nos EUA, com a criação de um sistema de indicadores. ⁽²⁰⁾ Atualmente, a JCAHO é conhecida como *The Joint Commission*, sendo a JCI – *Joint Commission International*, criada em 1998, o braço direito da *The Joint Commission*, fora dos EUA. Ainda em 1989, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciou a organização de um modelo de “Padrões de Acreditação para a América Latina”, com o apoio de 30 países. ^(5, 20)

O Brasil ingressou na cultura pela busca da qualidade, em 1941, através da criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH) do Ministério da Educação e Saúde (MES), que tinha por função coordenar, cooperar ou orientar os estudos e a solução dos problemas de assistência à saúde no país. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o “Programa de Qualidade”, onde as atividades de melhoria passaram a ser consideradas estratégicas. Com o monitoramento de indicadores na área hospitalar, iniciou então o Programa de Qualidade Hospitalar (PQH).⁽²⁴⁾ No mesmo ano, foi lançado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS) pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de levantar indicadores de resultados, estabelecer um Programa Nacional de Acreditação, utilizar o gerenciamento da qualidade na administração em saúde, estabelecer protocolos clínicos e avaliar a satisfação dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde. Em 1995, a Federação Brasileira de Hospitais lançou o Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar (INBRAH). No ano seguinte, em 1996, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) estabeleceu a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como projeto estratégico do Ministério da Saúde para os anos 1997 e 1998. Em 1997 o Ministério da Saúde iniciou então o projeto “Acreditação Hospitalar” em parceria com grupos nacionais que já realizam atividades de acreditação no Brasil. ^(4, 20) Neste mesmo ano o PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de

Acreditação (CBA) que evoluiu para a Organização Nacional de Acreditação, originando em 1999 a ONA. ^(4, 20, 25)

1.2 QUALIDADE: CONCEITOS GERAIS

Os conceitos de qualidade são os mais variados, dependendo do ponto de vista de quem a define, bem como do foco ser o cliente, o produto ou o administrador. ⁽²⁶⁾ Eis alguns destes conceitos:

- Qualidade significa fazer bem feito aquilo que a empresa se propõe a fazer, como base de sua comercialização. ⁽¹⁷⁾
- Qualidade consiste no grau de adequação de um bem ou serviço à necessidade de alguém. ⁽²⁷⁾
- Qualidade é o grau de chance que os serviços de saúde aumentam em atingir desfechos desejados. ⁽⁸⁾

Sendo, portanto, a melhoria contínua uma necessidade para as instituições de saúde se manter, faz-se necessário organizar e estabelecer princípios de assistência, ofertando o cuidado esperado e tendo os resultados percebidos pelo cliente, ⁽²⁸⁾ garantindo desta forma as dimensões da qualidade. ⁽²⁶⁻²⁹⁾

Donabedian descreveu sete pilares que norteiam e caracterizam a qualidade, são eles: ⁽³⁰⁾

- Efetividade (relação entre a melhoria possível e a obtida);
- Eficiência (diminuir custos sem diminuir a efetividade);
- Otimização (equilíbrio entre a melhoria da saúde e seu custo);
- Eficácia (obtenção da melhoria do serviço pela utilização de tecnologia e ciência);
- Aceitabilidade (adequação dos cuidados de saúde às expectativas dos pacientes);
- Legitimidade (conformidade dos serviços com as preferências da comunidade expressas nos princípios éticos, valores e costumes);
- Equidade (conformidade com o princípio da justiça e honestidade no atendimento).

Outros atributos ainda podem ser considerados importantes pelo cliente, sendo identificados através da pesquisa de opinião. ^(17, 31) Considera-se que não há uma receita de qualidade única para todos os serviços, mas sim, propostas de pensar e de promover um “estado mental” pessoal e corporativo, que possa tornar viável a qualidade dos serviços prestados pela instituição. ⁽³²⁾

1.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A prestação de serviços envolve vários processos, que são um conjunto de atividades ou funções estruturadas em uma seqüência lógica e temporal com objetivo definido. Os processos podem ser desenvolvidos por pessoas ou máquinas e visam transformar recursos, agregando valores. ⁽³³⁾ A qualidade na prestação de serviços é uma tarefa coletiva, focada na satisfação dos clientes internos e externos, dependente de processos adequados, de equipes capacitadas, interessadas e estimuladas ao aprendizado permanente. ^(23; 26; 32; 34)

O serviço de assistência à saúde é fundamentado no desempenho humano, portanto, o treinamento se torna fundamental na capacitação dos funcionários, propiciando uma atuação motivada e direcionada à qualidade. O treinamento deve ser permanente para todos os níveis organizacionais, sendo elemento chave no desenvolvimento da cultura como também na aplicação da qualidade. ⁽¹⁷⁾ O desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde não acontece de uma hora para outra, é um processo muitas vezes lento e que requer o desenvolvimento de uma cultura de qualidade na organização e até uma reforma do sistema de processos de assistência à saúde. ⁽³⁵⁾

1.3.1 Qualidade Total em Serviços

a) Ferramentas da Qualidade

As ferramentas da qualidade são instrumentos que facilitam a realização dos processos e auxiliam na identificação das causas dos problemas, contribuindo para o gerenciamento dos serviços. ⁽²⁴⁾ São ferramentas da

qualidade: PDCA (*Plan, Do, Check, Act*); fluxogramas; folha de verificação; diagrama de causa e efeito; *brainstorming*; diagrama de Pareto; e outros. ^(6, 30)

b) Qualidade Percebida

Os serviços possuem dois componentes de qualidade: o serviço propriamente dito e a forma como é percebido pelo cliente, isto é, a qualidade percebida, ⁽¹⁷⁾ crucial no momento de escolher um hospital dentre tantos outros. Na busca pela qualidade dos serviços, a assistência prestada é fundamental. ⁽²⁹⁾ Falhas graves de processos, quando percebidas pelo cliente, podem ser fatais para a organização, porque dificilmente o cliente voltará a buscar atendimento, a não ser em uma questão de urgência ou de não ter escolha, o que torna o fator confiabilidade decisivo no momento de decidir qual hospital escolher. ⁽³⁶⁻³⁷⁾

c) Planejamento Estratégico

Numa organização faz-se necessário estabelecer um planejamento estratégico, isto é, estabelecer diretrizes institucionais, fazer um diagnóstico da situação da empresa, estabelecer metas, *benchmarking*, indicadores e planos de ação. ⁽³⁸⁾ O planejamento estratégico envolve definir as prioridades, que é uma das questões mais importantes no setor da saúde, podendo-se dizer vital para a instituição, onde decisões difíceis precisam ser tomadas entre duas grandes questões: a necessidade de prestação de serviços de saúde de qualidade e a verba disponível para isto. Não há fáceis soluções, portanto são necessários dados reais, como os provenientes dos indicadores, para facilitar a tomada de decisões. ^(17, 39-40)

d) Balanced Scorecard (BSC) ou Indicadores Balanceados

Balanced Scorecard é uma ferramenta que possibilita desdobrar as ações definidas no planejamento estratégico e definir parâmetros que permitam monitorar a execução das ações pré-estabelecidas. O monitoramento é feito através de dados dos indicadores. Desenvolver o planejamento estratégico integrado com o BSC permite uma melhor avaliação dos resultados, conseqüentemente uma melhor avaliação das estratégias adotadas. ^(6, 41)

1.4 INDICADORES

No século XIX, William Farr, realizou descrições e análises de saúde que foram, durante muito tempo, baseadas nos indicadores de mortalidade e sobrevivência. A necessidade de ponderar outras dimensões de um estado de saúde da população aumentou, exigindo mais indicadores. ⁽⁴²⁾

Os indicadores como forma de representação quantificável de processos e produtos, objetivam controlar e melhorar a qualidade e o desempenho dos mesmos. Algumas das utilidades dos indicadores são:

- Embasar a análise crítica dos resultados e do processo de tomada de decisão; facilitar o planejamento e o controle do desempenho ; ⁽²⁹⁾
- Identificar características e atributos que diferenciam um serviço daquele oferecido pela concorrência; conhecer a percepção do cliente externo; ⁽⁴³⁾
- Viabilizar a análise comparativa do desempenho da organização; ⁽⁴⁴⁾
- Diagnosticar os pontos fortes e fracos do serviço e avaliar comparativamente diferentes organizações; ^(15, 45-46)
- Avaliar os processos, identificar os problemas e empreender ações de melhoria; ⁽¹³⁾

O desempenho de uma organização de saúde só pode ser significativamente melhorado se os resultados forem mensurados e se cada participante da organização se sentir responsável por estes resultados. ^(41, 47) Representando informações sobre as diferentes dimensões da saúde, os indicadores podem ser amplamente difundidos interna e externamente à instituição, ⁽²³⁾ bem como revelar o desempenho do sistema de saúde. Visto em conjunto, estas medidas podem refletir e acompanhar informações de uma instituição, como também sobre a saúde de uma população. ⁽⁴²⁾

Os indicadores favorecem a construção de base de dados, um exemplo disso é o “*National Health Service*” britânico, que implementa, desde 1985, um sistema de avaliação com o objetivo de analisar 14 regionais de saúde. Esse sistema trabalha com indicadores de desempenho (exemplo: número de

enfermeiras comunitárias por mil pessoas idosas), indicadores de resultado (exemplo: mortalidade perinatal), indicadores de processo (exemplo: taxa de cirurgias de prótese de quadril por mil pessoas idosas) tendo como objetivo a acumulação progressiva de uma base de dados que promete análises cada vez mais expressivas. ⁽⁴⁸⁾

1.4.1 Construção de indicadores

A elaboração de um indicador envolve desde a seleção do indicador, definição de responsáveis pela coleta, periodicidade de coleta, até o cálculo dos mesmos, entre outros. ⁽⁴²⁾ Não há uma regra definida para escolha de indicadores, sendo este um processo complexo, ⁽³⁸⁾ que deve envolver a opinião dos profissionais envolvidos no serviço, bem como dos clientes que o utilizam, definindo o que se quer medir e o porquê. Alguns dos métodos de levantamento de indicadores encontrados na literatura estão descritos abaixo:

- Método Delfos – consenso de especialistas envolvidos nos processos da área estudada. Não há contato presencial entre os participantes, a interação dá-se através da circulação das respostas individuais, sistematizadas sob a forma de resumo, enviada a cada nova interrogação. Para cada indicador define-se o objetivo, o produto e a meta. ⁽¹¹⁾
- Método utilizado pela OPAS – indicadores construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional. A construção leva em consideração a discussão dos indicadores básicos existentes, consultas técnicas sobre a relevância dos indicadores e a viabilidade de obtenção dos mesmos. ⁽¹³⁾
- Método descrito por Kurcgant, Tronchin e Melleiro (2006) – Revisão bibliográfica, além de levar em consideração políticas assistenciais, educativas e gerenciais de saúde, missão, estrutura e organização da instituição, recursos humanos, estrutura física e financeira e expectativa dos clientes. ⁽⁴⁹⁾
- Método citado por Carvalho, Amorim e Tavares (2003) – Revisão bibliográfica e pesquisa de campo (utilizando questionário). ⁽⁵⁰⁾

- Experiência do Canadá nos processos de vigilância de saúde ambiental - construção de indicadores baseando-se em iniciativas como: mesa redonda e análise de indicadores já existentes. ⁽⁵¹⁾
- Método utilizado pela SINVAS (Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde / MS) - construção de uma matriz de análise de problemas tendo por base o modelo conhecido como matriz de FPEEEA (Força Motriz, Pressão, Estado/Situação, Exposição, Efeito, Ação). Identificação das “forças motrizes” relacionadas aos processos de desenvolvimento, sendo geradas “pressões” associadas ao uso intensivo de determinados recursos naturais que contribuem na geração de “estado/situação” onde o ambiente é prejudicialmente “afetado”, facilitando a existência da “exposição” humana a fatores de risco. Para cada uma destas categorias são construídos indicadores e “ações” de melhorias. (MS/SVS, 2004). ⁽⁵¹⁾

1.4.2 Características dos indicadores

O indicador precisa ter um nome, definição, finalidade, fórmula de cálculo, periodicidade de mensuração e meta. ⁽⁴⁴⁾ Além de ter uma metodologia definida para a coleta de dados, ter ainda, processos padronizados, recursos humanos motivados e capacitados, tecnologia de informação, estrutura física, organizacional e material adequada, além de outros fatores. ^(19, 52) E para serem úteis, os indicadores devem ser além de mensuráveis, realizáveis. ^(30, 46) Os indicadores podem ser classificados de diferentes maneiras conforme sua função ^(38, 44) exemplo: indicadores administrativos, financeiros, de produtividade.

Esta ferramenta depende da precisão dos sistemas de informação utilizados como: registros, coletas e divulgação dos dados. A excelência dos indicadores pode ser definida pelas seguintes características:

- Exatidão dos dados;
- Confiabilidade ou objetividade (mesmas medidas podem ser coletadas por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento);
- Simplicidade (facilidade de coleta e registro dos dados);

- Pertinência ou especificidade (estar correlacionado ao fenômeno que está sendo avaliado); validade (ser efetivo na medição do fenômeno que está sendo examinado);
- Sensibilidade (capaz de detectar as variações no comportamento do fenômeno que está sendo avaliado).^(13, 46)

Tanto os indicadores como a coleta e o processamento dos dados devem respeitar princípios éticos. A coleta dos dados deve se dar preferencialmente através da observação e dos processos de rotina do serviço, deve ser sistematizada, contínua e em tempo real pré-determinado.^(42, 46) Podendo-se para isto, utilizar recursos como formulários, planilhas e/ou *softwares*.⁽²³⁾ Os dados precisam ser fidedignos visto que as medições inadequadas e a falta de critérios na periodicidade de obtenção dos dados podem gerar resultados não representativos e diagnósticos tardios.⁽⁵³⁾ É importante ressaltar que os processos têm que ser medidos considerando todo o ciclo de atendimento, por isso não medir só custos e receita, mas também indicadores assistenciais e de qualidade percebida, permitindo a obtenção de uma visão holística da situação organizacional e dos serviços que estão sendo prestados.⁽⁴⁷⁾

1.4.3 Indicadores da área hospitalar

- Indicadores de gestão: utilizados na gestão hospitalar, expressam informações quantitativas sobre o desempenho operacional e financeiro da instituição num determinado período de tempo.⁽⁵⁴⁾ Exemplo: Índice de acidentes de trabalho; horas de treinamento; tempo de internação; taxa de ocupação; receita; custo; absenteísmo.
- Indicadores assistenciais: expressam informações quantitativas sobre a assistência hospitalar.^(46, 54) Exemplo: índice de infecção hospitalar; taxa de mortalidade; tempo de permanência (UI e UTI); complicações cirúrgicas.
- Indicadores de satisfação: demonstram a qualidade percebida pelo cliente interno e externo. A satisfação do cliente é fator primordial na fidelização para com a instituição.^(46, 54) Exemplo: avaliação da

satisfação do cliente interno e avaliação da satisfação do cliente externo.

Os conceitos dos indicadores citados estão apresentados no Apêndice 14.

Houve um processo de mudança dos indicadores de desempenho profissional para indicadores de desempenho institucional e que agora evoluem para indicadores de áreas específicas (exemplo: centro cirúrgico, neonatologia, etc...), porém são ainda pouco utilizados. ⁽⁴⁸⁾

1.4.4 Alguns Programas de Avaliação da Qualidade no Brasil

- Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP), criado pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul. ⁽⁵⁵⁾
- Prêmio Nacional da Qualidade, organizado pela Fundação Nacional de Qualidade – FNQ. ⁽⁵⁶⁾
- Programa de Qualidade no Serviço Público – PQSP, criado pelo Governo Federal. ⁽⁵⁷⁾
- Prêmio de acreditação, organizado pela *Joint Commission*. ⁽⁵⁸⁾
- Certificação pela ISO 9001:2000 ⁽⁵²⁾
- Acreditação da ONA, realizado pela Organização Nacional de Acreditação. ⁽¹³⁾
- Além destes existem ainda outros programas de qualidade, não citados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Identificar os principais indicadores de qualidade para um Serviço de Transplante Renal na opinião dos profissionais e pacientes.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar a importância atribuída às principais dimensões da qualidade pelos pacientes de um Serviço de Transplante Renal.

Analisar a importância atribuída pelos profissionais a uma relação de indicadores assistenciais e administrativos relacionados à instituição a ao Serviço de Transplante Renal.

3 PACIENTES E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal com análise quantitativa conduzido no Hospital São Lucas da PUCRS com sujeitos de pesquisa, profissionais e pacientes, envolvidos com o processo de transplante renal com idade superior a 18 anos, alfabetizados e cientes da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos deste estudo pacientes que realizaram transplante de rim inter-vivos ou transplante conjugado (rim e pâncreas).

Foram convidados a responder o questionário os profissionais em atuação e os pacientes internados no período da coleta. Os pacientes ambulatoriais foram selecionados por amostra de conveniência, sendo convidados a participar todos que aguardavam a consulta no período de coleta dos dados.

A amostra de 133 sujeitos foi composta por profissionais assistenciais (n=56) (13 médicos, 23 enfermeiras e 20 técnicos de enfermagem), administrativos (n=16) (10 líderes de área e 06 auxiliares administrativos) e pacientes (n=61) (01 pré-transplantado internado e 20 ambulatoriais, 11 pós-transplantados (doador falecido) internados e 29 ambulatoriais).

A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2007, através de questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, sendo o questionário diferenciado para profissionais assistenciais, administrativos, pacientes pré e pós-transplantados. (Apêndices: 8, 9, 10, 11, 12, B).

3.1.1 Construção do instrumento de pesquisa

A grade de indicadores, submetida à análise dos sujeitos do estudo, foi formulada a partir de indicadores administrativos e assistenciais já existentes no HSL/PUCRS (Anexo B) e de indicadores padronizados pelo SIPAGEH (Anexo C),

onde solicitou-se a atribuição do grau de importância destes indicadores para um Serviço de Transplante Renal, pontuando de 1 à 5 (1 – não importante, 2 - pouco importante, 3- indiferente, 4 - importante e 5 - extremamente importante) (Escala de Lickert).

Como nenhum dos indicadores do HSL/PUCRS e do SIPAGEH era específico para o processo do transplante, os pesquisadores selecionaram, com base na opinião de *experts* (cinco profissionais) neste tipo de transplante, dois indicadores assistenciais e dois de desempenho que foram acrescentados à grade submetida à avaliação dos sujeitos.

Oportunizou-se também a sugestão de outros indicadores através de perguntas abertas e aos pacientes investigados uma avaliação de 1 à 5 (1 – não importante, 2 - pouco importante, 3 - indiferente, 4 - importante e 5 - muito importante) (Escala de Lickert) das cinco dimensões da qualidade ⁽¹⁷⁾ para um Serviço de Transplante Renal.

3.1.2 Análise estatística

Para análise, as variáveis categóricas são apresentadas como freqüência e porcentagem; variáveis contínuas como média e desvio padrão (DP). O teste *t* de Student foi usado nas comparações entre variáveis contínuas e o teste qui-quadrado (χ^2) - ou Fisher exato - nas comparações entre variáveis categóricas. O teste Kruskal Wallis foi usado nas diferenças de proporção entre três ou mais grupos. O nível de significância adotado foi de $\leq 0,05$. O programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 11.5 para Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) foi usado em todas as análises estatísticas.

Os valores de pontuação dos indicadores (1 a 5) foram divididos em dois grupos: não importante (1, 2 e 3) e importante (4 e 5).

Os indicadores resultantes do estudo foram organizados em três grupos: administrativos, assistenciais e de qualidade do serviço (percebida pelo paciente).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O início do estudo ocorreu após avaliação e emissão do Parecer Consubstanciado de APROVAÇÃO pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS (Anexo A). Foram avaliados somente os pacientes que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F), de acordo com o CONEP resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996.

4 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 133 sujeitos, sendo 72(54,14%) profissionais assistenciais e administrativos, e 61(45,86%) pacientes pré e pós-transplante. Em relação às características demográficas dos participantes do estudo, 83(62,4%) eram do sexo feminino e com idade média de $40.3 \pm 13,1$. Da população com nível educacional universitário, 44,6% estava distribuída entre os profissionais administrativos e assistenciais e 1,6% entre os pacientes. Vinte e cinco por cento dos profissionais atuavam há mais de 10 anos na área de transplantes. Entre os pacientes, 65% já haviam sido submetidos ao transplante renal e 80% correspondiam à pacientes ambulatoriais. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra de 133 sujeitos.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=133)

Variável	Amostra: n (%)	Universo (n)
Categorias profissionais		
<i>Líderes administrativos</i>	10 (71,0)	14
<i>Auxiliares administrativos</i>	6 (100,0)	6
<i>Médicos</i>	13 (100,0)	13
<i>Enfermeiras</i>	23 (72,0)	32
<i>Técnicos de Enfermagem</i>	20 (12,0)	169
<i>Pacientes pré-transplantados</i>	21 (7,0)	297
<i>Pacientes pós-transplantados</i>	40 (12,7)	315
Total	133 (15,7)	846

Nota: Os dados são apresentados como frequência ou percentual.

Os valores atribuídos pelos profissionais assistenciais aos indicadores descritos no questionário estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Importância dos indicadores para um serviço de transplante renal na opinião dos profissionais assistenciais.

Indicadores Assistenciais	Técnicos (n=20)	Médicos (n=13)	Enfermeiros (n=23) **	p-value *
Indicadores	n (%)	n (%)	n (%)	
Índice de Infecção hospitalar				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	18 (90,0)	13 (100,0)	21 (95,5)	0,79
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (4,5)	
Taxa de Mortalidade				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	19 (95,0)	13 (100,0)	19 (86,4)	0,61
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (13,6)	
Tempo de permanência (UI/UTI)				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	18 (90,0)	13 (100,0)	19 (86,4)	0,85
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	2 (10,0)	0 (0,0)	3 (13,6)	
Complicações cirúrgicas				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	19 (95,0)	13 (100,0)	21 (95,5)	0,92
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (4,5)	
Complicações pós-transplante				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	19 (95,0)	13 (100,0)	22 (100,0)	0,46
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Índice de Rejeição				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	20 (100,0)	12 (92,3)	22 (100,0)	0,22
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	
Intercorrências assistenciais				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	18 (90,0)	12 (92,3)	22 (100,0)	0,20
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	2 (10,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	
Índice de reinternações				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	18 (90,0)	12 (92,3)	20 (90,9)	0,84
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	2 (10,0)	1 (7,7)	2 (9,1)	
Satisfação cliente interno				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	18 (90,0)	12 (92,3)	18 (81,8)	0,72
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	2 (10,0)	1 (7,7)	4 (18,2)	
Satisfação cliente externo				
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	18 (90,0)	13 (100,0)	19 (86,4)	0,97
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	2 (10,0)	0 (0,0)	3 (13,6)	
Indicadores suficientes				
<i>Sim</i>	13 (65,0)	3 (23,1)	13 (59,1)	0,046
<i>Não</i>	7 (35,0)	10 (76,9)	9 (40,9)	

* Teste qui-quadrado de Pearson

** Um indivíduo não respondeu esta questão.

Percebe-se que, tanto para os técnicos como para os enfermeiros e médicos, os indicadores tiveram pesos relativamente similares. Todos indicadores foram considerados importantes, sendo “satisfação do cliente interno” o indicador com menor taxa de importância-81,8%.

A Tabela 3 exibe os valores atribuídos pelos profissionais administrativos aos indicadores descritos no questionário, apresentando uma comparação entre estes profissionais. Contudo não houve diferença estatística entre as duas categorias profissionais pesquisadas.

Tabela 3. Importância dos indicadores para um serviço de transplante renal na opinião dos profissionais administrativos.

Profissionais Administrativos	Auxiliar Administrativo (n=6)	Líder Administrativo (n=10)	p-value*
Indicadores	n (%)	n (%)	
Índice de acidentes de trabalho			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	2 (33,3)	5 (50,0)	0,63
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	4 (66,7)	5 (50,0)	
Horas de treinamento			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	6 (100,0)	9 (90,0)	1,00
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	1 (10,0)	
Tempo de permanência (UI/UTI)			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	5 (83,3)	8 (80,0)	1,00
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	1 (16,7)	2 (20,0)	
Taxa de ocupação			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	5 (83,3)	8 (80,0)	1,00
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	1 (16,7)	2 (20,0)	
Receita			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	6 (100,0)	9 (90,0)	1,00
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	1 (10,0)	
Custo			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	5 (83,3)	10 (100,0)	0,38
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	1 (16,7)	0 (0,0)	
Absenteísmo			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	2 (33,3)	6 (60,0)	0,61
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	4 (66,7)	4 (40,0)	
Número de doadores			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	5 (83,3)	9 (90,0)	1,00
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	1 (16,7)	1 (10,0)	
Número de transplantes realizados			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	4 (66,7)	10 (100,0)	0,13
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	2 (33,3)	0 (0,0)	
Satisfação cliente interno			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	6 (100,0)	10 (100,0)	†
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	
Satisfação cliente externo			
<i>Importante (itens 4 e 5)</i>	6 (100,0)	9 (90,0)	1,00
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	1 (10,0)	
Indicadores suficientes			
<i>Sim</i>	6 (100,0)	3 (30,0)	0,011
<i>Não</i>	0 (0,0)	7 (70,0)	

* Teste exato de Fisher

† Não foi calculado o teste porque não houve variação nos dados

Através das perguntas abertas, obtivemos uma lista de 50 indicadores sugeridos pelos profissionais e pacientes. Destes, alguns tiveram mais citações que outros. Os indicadores na íntegra estão descritos na Tabela 4, por ordem de citação.

Tabela 4. Listagem de todos indicadores sugeridos (profissionais assistenciais, administrativos e pacientes).

Indicadores Sugeridos	Profissionais Assistenciais	Profissionais Administrativos	Pacientes	Total de Citações
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 RH (agilidade / capacitação / humanização)	16 (18,6)	-	43 (35,5)	59 (26,0)
2 Acompanhamento equipe multidisciplinar	10 (11,6)	-	8 (6,6)	18 (8,0)
3 Hotelaria (nutrição)	-	-	14 (11,6)	14 (6,0)
4 Hotelaria (higienização)	-	-	11 (9,1)	11 (5,0)
5 Tempo em lista de espera	5 (5,8)	-	5 (4,1)	10 (4,0)
6 Disponibilidade de leitos	4 (4,6)	-	6 (5,0)	10 (4,0)
7 Hotelaria (infra-estrutura)	1 (1,1)	-	6 (5,0)	7 (3,0)
8 Número de doadores de órgãos e tecidos	-	-	6 (5,0)	6 (3,0)
9 Divulgação e marketing focado na doação	-	-	6 (5,0)	6 (3,0)
10 Tempo de espera para consulta	-	-	5 (4,1)	5 (2,0)
11 Sobrevida do enxerto	5 (5,8)	-	-	5 (2,0)
12 Índice de retorno à diálise	4 (4,6)	1 (5,0)	-	5 (2,0)
13 Prontoúrio e exames completos e atualizados	-	1 (5,0)	4 (3,3)	5 (2,0)
14 Aderência dos pacientes ao tratamento (falta medicação)	2 (2,3)	-	3 (2,5)	5 (2,0)
15 Custo x Receita	3 (3,5)	1 (5,0)	-	4 (2,0)
16 Índice de rejeição do órgão	-	4 (20,0)	-	4 (2,0)
17 Índice de mortalidade do paciente pós Tx	-	4 (20,0)	-	4 (2,0)
18 Índice de complicações pós Tx	-	3 (15,0)	-	3 (1,0)
19 Sobrevida do receptor	3 (3,5)	-	-	3 (1,0)
20 Índice de falência do órgão	3 (3,5)	-	-	3 (1,0)
21 Acompanhante no quarto	-	-	3 (2,5)	3 (1,0)
22 Intercorrências assistenciais	2 (2,3)	1 (5,0)	-	3 (1,0)
23 Número de transplantes realizados	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
24 Tempo de diálise pré Tx e tipo	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
25 Uso de hemoderivados no processo de Tx	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
26 Vigilância Processos (controle infecção)	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
27 Índice infecção hospitalar	-	2 (10,0)	-	2 (1,0)
28 Tempo de cirurgia	1 (1,1)	-	1 (0,8)	2 (1,0)
29 Taxa de neoplasias	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
30 Reinternação pós Tx	-	1 (5,0)	-	1 (0,0)
31 Rotatividade RH (<i>turn over</i>)	-	1 (5,0)	-	1 (0,0)
32 Número de pacientes em lista de espera	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
33 Perda primária	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
34 Motivo falta de doadores	-	1 (5,0)	-	1 (0,0)
35 Função do enxerto nos 6 e 12 meses	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
36 Tempo de isquemia fria do órgão	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
37 Mortalidade em lista de espera	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
38 Retorno à atividade profissional pós Tx	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
39 Acesso do paciente ao atendimento	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)

	multidisciplinar				
40	Desempenho escolar (para crianças)	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	Número de atendimentos				
41	ambulatoriais pós Tx	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	Tempo de permanência com SVD x				
42	ITU	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
43	Tipo de terapia / tratamento pré Tx	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	Índice de necessidade de mudança				
44	de medicamentosa	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	Cumprimento de rotinas				
45	estabelecidas.	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
46	RH - número suficiente	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
47	Horário de visita restrito e rigoroso	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
48	Transparência de lista de espera	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	Fluxo de entrada e saída da lista				
49	de espera (manutenção)	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	Participação em grupos de				
50	transplante/ONGs	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	TOTAL	86	20	121	227

- = Não foi citado

O grupo assistencial listou 36 indicadores num total de 86 citações, sendo os dois indicadores mais mencionados relacionados à assistência. No grupo administrativo obteve-se 11 indicadores (20 citações), sendo os mais apontados também relativos à assistência. De todos indicadores, dois já são utilizados no HSL/PUCRS como indicadores institucionais: índice de infecção hospitalar e custo e receita. Já no grupo dos pacientes, obteve-se 14 indicadores (121 citações), sendo os mais citados relativos à assistência e a aspectos da hotelaria.

Deste total de indicadores, destacam-se 23 específicos para um Serviço de Transplante, neste caso, Transplante Renal. Estes indicadores foram destacados em negrito na Tabela 4.

No questionário entregue aos pacientes, pesquisou-se também a importância que estes dão às cinco principais dimensões da qualidade. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Dimensões da qualidade na perspectiva dos pacientes.

Dimensões da qualidade	Pacientes				P – value**
	Pré-Tx Ambulatoriais n (%)	Pré-Tx Internados n (%)	Pós-Tx Internados n (%)	Pós-Tx Ambulatoriais n (%)	
Confiabilidade					0,15
<i>Importante (itens 4e 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	9 (82,0)	28 (97,0)	
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,0)	1 (3,0)	
Segurança					0,77
<i>Importante (itens 4e 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	11 (100,0)	28 (97,0)	
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Aspectos tangíveis					0,20
<i>Importante (itens 4e 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	10 (91,0)	28 (97,0)	
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,0)	1 (3,0)	
Empatia					0,77
<i>Importante (itens 4e 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	11 (100,0)	28 (97,0)	
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Receptividade					0,15
<i>Importante (itens 4e 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	9 (82,0)	28 (97,0)	
<i>Não importante (itens 1,2 e 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,0)	1 (3,0)	

Nota: Os dados são apresentados como frequência ou percentual.

(**) Kruskal Wallis Test para diferença de proporção.

5 DISCUSSÃO

No período de coleta de dados, havia 35 indicadores no HSL da PUCRS. A nível estadual o SIPAGEH - Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar, está estruturado para avaliação de desempenho de hospitais, através da coleta e tratamento de indicadores hospitalares padronizados.⁽⁵⁴⁾

Usualmente os indicadores utilizados pelas instituições de saúde são indicadores institucionais, assim possibilitam avaliar a instituição na sua totalidade e levantar questões quanto à necessidade de incluir indicadores específicos que possam ser úteis na análise de determinados processos como os ocorridos em serviços de diálise.⁽¹²⁾ O transplante renal é um procedimento de alta complexidade⁽⁵⁹⁾ e os indicadores específicos podem permitir uma melhor visão do que ocorre no período peri-transplante, oportunizando que aspectos imprescindíveis sejam analisados e trabalhados.

Para os profissionais assistenciais, todos indicadores listados no questionário foram considerados importantes numa taxa superior a 80%, sendo a maioria das vezes igual ou superior a 90%. No grupo de profissionais administrativos, os auxiliares pontuaram alguns indicadores como não importantes e mesmo assim não consideraram necessário incluir outros. Ao contrário dos líderes, que pontuaram a maioria como importantes e mesmo assim acreditaram na necessidade de incluir outros. Isso sugere que, na complexidade do processo de transplante, há necessidade de interação entre os profissionais.

Foi realizada uma comparação entre os profissionais considerando o tempo de trabalho na linha de transplante e a importância atribuída aos indicadores, sugerindo que quanto maior o tempo em que os profissionais atuam na área mais importante é a necessidade dos indicadores (Anexo D e E).

Analisada também a sugestão de inclusão de outros indicadores, não elencados no questionário, obtendo-se 50 itens. Entre os indicadores sugeridos, observou-se que os profissionais, tanto da área administrativa quanto assistencial, destacaram itens relativos às questões administrativas e assistenciais. Esse fato

pode estar relacionado à visão global dos profissionais diante dos processos desenvolvidos dentro da instituição e à percepção além do foco de atuação, conforme já descrito por Donabedian. Segundo o autor, para fazer a avaliação de um serviço de saúde é necessário analisar o todo: a estrutura, os processos e os resultados.⁽⁶⁰⁾

Os indicadores sugeridos correspondem a 227 citações. Observa-se que a maioria desses são assistenciais, isto é, que se reportam aos aspectos da assistência no macroprocesso do transplante renal. Possivelmente, o fato se deve ao tamanho da amostra de profissionais assistenciais ser superior ao de administrativos, bem como da preocupação dos sujeitos na assistência do paciente como prioridade sobre as questões administrativas. Os mais citados estão relacionados à equipe multidisciplinar, acompanhamento e qualidade do atendimento e com aspectos de hotelaria e infra-estrutura do serviço. Considerando este resultado, salienta-se que a capacitação funcional é princípio básico para que a assistência de qualidade aconteça. Sabe-se que o sucesso das organizações depende cada vez mais do aprendizado e capacitação das pessoas que as integram e de um ambiente favorável ao desenvolvimento de suas potencialidades.⁽⁴³⁾ Este resultado vem em concordância com estudo realizado na Alemanha onde se pesquisou a compreensão e a relevância de indicadores hospitalares entre médicos e pacientes, no qual o indicador “qualificação da equipe médica” foi considerado como o de maior relevância, bem como o indicador “bondade da equipe” (humanização) destacou-se com significativa importância.⁽⁶¹⁾

Dos 50 indicadores citados, 23 são específicos para um Serviço de Transplante, neste caso, Transplante Renal. Estes indicadores poderão ser úteis para a melhoria da qualidade dos Serviços de Transplante Renal, além de possibilitar a formação de um banco de dados consistente.

Compreende-se que os indicadores “número de transplantes realizados” (item 23) e “número de doações” (item 7) estejam interligados, visto que são efetivamente dependentes. Entende-se também que essa condição não depende apenas dos profissionais que atuam no hospital, mas também do apoio dos órgãos públicos e principalmente da comunidade, o que não isenta a participação

ativa da comissão intra-hospitalar de transplantes, peça fundamental no processo de captação de potenciais doadores.

Mesmo não havendo um número exato de indicadores necessários para um determinado serviço, destaca-se a importância destes para um melhor controle de qualidade. ⁽⁴⁰⁾ Dentre estes, os indicadores de satisfação de clientes internos e externos refletem a qualidade percebida desde aspectos de hotelaria, da assistência em todos os níveis de atendimento, incluindo até a qualidade técnica do serviço. Pacientes satisfeitos tendem a aderir melhor ao tratamento e a continuar utilizando os serviços de saúde. ⁽⁶²⁾ Portanto, a opinião do paciente é um indicador que deve ser analisado ⁽³⁰⁾. Além disso, tem um caráter de visibilidade, baixo custo de aplicação e é obtido de forma rápida. ⁽⁴⁴⁾ Há evidências de que em empresas que têm funcionários satisfeitos, o *turn over* é menor e o desempenho desses é melhor, sabendo-se que para a qualidade de um serviço o fator humano é fundamental. ⁽¹⁷⁾

Entende-se que o objetivo principal para o paciente é a assistência de saúde, porém uma vez atingido este objetivo, passam a contar outros aspectos, como infra-estrutura, custo, atenção e gentileza no atendimento. Portanto sendo possível oferecer além de uma ótima assistência de saúde, ótima hotelaria e custo acessível, caracterizar-se-á uma melhor qualidade percebida, garantindo a fidelização deste paciente ao serviço. ⁽⁶³⁾ Em relação às dimensões da qualidade- confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis, empatia e receptividade ^(17, 26, 29)- verifica-se que, na perspectiva do paciente, há pouca variação entre os grupos onde as cinco dimensões foram consideradas importantes numa taxa superior ou igual a 82%, sendo a maioria das vezes igual ou superior a 91%. Os fatores “empatia” e “segurança” foram as dimensões que obtiveram melhor taxa de pontuação (maior ou igual a 97%) para todos os grupos de pacientes. É possível que se melhor evidenciadas e trabalhadas com o grupo funcional, estas dimensões possam intensificar positivamente a qualidade percebida pelo paciente.

Para a implantação de um programa de qualidade, é necessário trabalhar algumas questões como o marketing interno, o treinamento, a comunicação e a mudança cultural da empresa, o que praticamente caracteriza um movimento de

revolução. ⁽⁶⁴⁾ Além disto, é necessário pesquisar tanto o ambiente interno, como o externo, buscando ouvir os clientes, conhecer suas necessidades, suas expectativas em relação à empresa e seu nível de satisfação. ⁽¹⁷⁾

Após a escolha de um modelo de gestão de qualidade, faz-se importante envolver, senão comprometer toda equipe administrativa e funcional. Não se faz “qualidade em serviços” sozinho, é necessário o envolvimento de toda instituição, sendo este um trabalho permanente. ^(34, 51) Em um estudo realizado na *School of Public Health da University of North Carolina at Chapel Hill, USA*, para analisar a associação entre a aplicação de melhoria contínua da qualidade e o desempenho de indicadores, constatou-se que a melhoria da qualidade em hospitais está significativamente associada à existência de indicadores e que os melhores resultados estão associados a maior participação da equipe funcional nos processos de melhoria da qualidade. ⁽⁶⁵⁾

É possível que a implantação de programas de melhoria da qualidade seja dificultada por questões educacionais como falta de compreensão e de hábito dos funcionários em alimentar os registros, utilizar as ferramentas da qualidade, mesmo as mais básicas como os formulários de registro de intercorrências assistenciais e até por questões culturais, sendo necessário mudar toda uma rotina existente estagnada, onde os funcionários realizam os processos de forma automática há muito tempo. Esta é uma mudança difícil, que leva tempo e exige muita paciência por parte dos “inovadores”. Porém, é uma barreira que pode ser transposta quando realmente se busca a qualidade.

6 CONCLUSÕES

Com base nos dados obtidos com o este estudo, pode-se verificar que a identificação dos indicadores pode seguir diferentes metodologias e que a construção ou escolha dos indicadores deve estar baseada na experiência dos sujeitos envolvidos nos processos, além da associação de conhecimento de *experts* de cada área, seguindo os princípios da qualidade.⁽⁴⁶⁾ A construção dos indicadores de qualidade em assistência em saúde deve representar uma reflexão coletiva, interdisciplinar e participativa, voltada para a mudança de contextos e melhorias dos Serviços.⁽⁵¹⁾

Os indicadores atuais e globais a nível hospitalário são insuficientes e não contemplam a realidade atual de um programa de transplante renal .O presente estudo identificou os principais indicadores de qualidade para um serviço de transplante renal com base na opinião de pacientes e profissionais. Obteve-se uma lista de cinquenta indicadores com maior ênfase em indicadores assistenciais. Destes 50 indicadores, 23 são específicos para um Serviço de Transplante Renal, como por exemplo: tempo de isquemia fria do órgão e índice de rejeição do enxerto.

Os profissionais assistenciais consideraram todos os indicadores avaliados importantes, já os profissionais administrativos demonstraram não possuir consenso a respeito da importância dos indicadores administrativos.

Este estudo permite que os Serviços de Transplante Renal possam eleger e usufruir de indicadores específicos identificados por profissionais e pacientes envolvidos com o Transplante Renal, utilizando os que considerarem abrangentes ou úteis para o seu Serviço. O estudo proposto, que consideramos uma primeira abordagem desta temática ainda não estudada em profundidade na área de transplantes, poderá auxiliar no levantamento de indicadores de qualidade e uniformização de condutas, utilizando ferramentas da qualidade, em um Serviço de Transplante Renal, podendo ser útil como um instrumento para a gestão baseada na melhoria contínua da qualidade.

7 REFERÊNCIAS

1. Souza C. Clientividade: a chave para aumentar a competitividade. [citado jan 6 2009]. Disponível em: <http://www.mmrbrasil.com.br/artigos/10.pdf>
2. Manfredi SR. Implantação e aplicação prática do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade em uma Unidade Satélite de Hemodiálise [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000.
3. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(4):935-44.
4. Turchi LM. Qualidade total: afinal de que estamos falando? Brasília: IPEA; 1997. [Texto para Discussão n. 459]. [citado jan 6 2009]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/1997/td_0459.pdf
5. Carvalho COM. Desenvolvimento de um modelo de gestão da qualidade em um serviço de hemodiálise [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.
6. Campos VF. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1998.
7. Fernandes DR. Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. Rev FAE. 2004;7(1):1-18. [citado 6 jan 2009] Disponível em: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v7_n1/rev_fae_v7_n1_01_dejair.pdf
8. Institute of Medicine. Division of Health Care Services. Measuring the quality of health care: a statement by the National Roundtable on Health Care Quality. Washington: National Academy Press; 1999.
9. Zuanetti R, Hargreaves L, Lee R. Qualidade em prestação de serviços. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2001.
10. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva. Brasília: ONA; 2004. [Coleção Manuais de Acreditação ONA, v.4]
11. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
12. United Nations General Assembly. Special Session on HIV/AIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting. Geneva: UNAIDS; 2007. [citado 11 jan 2009] Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070411_ungass_core_indicators_manual_en.pdf

13. Societat Catalana de Medicina d'Urgència, Fundació Avedis Donabedian. Servicios de urgencias: indicadores para medir os criterios de calidad de la atención sanitaria. Estudio financiado por la convocatoria de investigación AATM-1998 promovida por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques y el Servei Català de la Salut. Barcelona; 2001. [citado 9 jan 2009] Disponible em: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf>
14. Poch E, Felip A, Davins J, Coca A. Indicadores de calidad en unidades asistenciales de hipertensión arterial en España : indicadores de estructura en el estudio QUALIHTA . Rev Clín Esp. 2006;206(11): 541-8.
15. Mangarinos-Torres R, Osório-de-Castro CGS, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. Cad Saúde Pública [serial online] 2007;23(8):1791-1802. [citado jan 9 2009] Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800006&tlng=en&lng=en&nrm=iso
16. Dominguez L, Enriquez P, Alvarez P, De Frutos M, Sagredo V, Dominguez A, et al. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva (Madr.). 2008;32(1):8-14.
17. Las Casas AL. Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos. 5ª.ed. São Paulo: Atlas; 2006.
18. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
19. Bittar OJNV. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Rev Assoc Med Bras (1992). 2000;46(1):70-6.
20. Quinto Neto A. Processo de acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
21. Diego LAS. O Anestesiologista e o processo de acreditação hospitalar. In: Cavalcanti I, Cantinho F, Assad A. Medicina perioperatória. Cap. 113 p.1001-8. [citado jan 9 2009] Disponible em: http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/113%20-%20O%20ANESTESIOLOGISTA%20E%20O%20PROCESSO%20DE%20ACREDITACO%20HOSPITA.pdf
22. Feldman LB, Cunha ICKO. Identificación de los criterios de evaluación de resultados para el servicio de enfermería en programas de acreditación hospitalaria. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006;14(4):540-5. [citado jan 9 2009] Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

23. Carvalho COM, Manfredi SR, Canziani MEF. Qualidade em diálise. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LF. Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Cap. 38.
24. Schiesari LMC, Kisil M. A Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. Rev Adm Saúde. 2003;5(18):7-17. [citado 11 jan 2009] Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/2005_7_21_RAS18_Avaliacao_da_qualidade.pdf
25. Ramos JR. Programa de qualidade em cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [Editorial]. Rev Col Bras Cir. 2007;34(3):141. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n3/a01v34n3.pdf>
26. Klück M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. Rev Adm Saúde. 2002;4(16):27-32. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS16.pdf>
27. Juran JM, Gryna FM. Controle de qualidade. São Paulo: Makron; 1991-3. v.1.
28. Gullo A. Controllo postoperatorio: principi, organizzazione, qualità delle cure. Definizione del rischio, medicina basata sull'evidenza, audit e qualità delle cure. Minerva Anestesiol. 2006;72(4);177-181. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.minervamedica.it/index2.t?show=R02Y2006N04A0171>
29. Takashina NT, Flores MCX. Indicadores da qualidade e do desempenho: como estabelecer metas e medir resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1999.
30. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: J. C. Mezomo; 1994.
31. Russel RS, Taylor BW. Operations management: quality and competitiveness in a global environment. 5th.ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2006.
32. Guaragna EVC. Desmistificando o aprendizado organizacional: conhecendo e aplicando os conceitos para alcançar a eficiência e a competitividade. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2007.
33. Rodrigues MV. Entendendo, aprendendo, desenvolvendo qualidade padrão Seis Sigma. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
34. Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva; 1990.
35. World Health Organization. The European Health Report 2002. Copenhagen; 2002. [WHO Regional Publications. European series, 97]

36. Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 2004;38(6):819-4. [citado 11 jan 2009] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600010&script=sci_arttext
37. Ferrari D, Carneiro C. Conceito de marketing em UTI: prestação de serviços como ferramenta mercadológica. Rev Intensiva. 2007;2(10):20-2.
38. Kardec A, Flores J, Seixas ES. Gestão estratégica e indicadores de desempenho. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2002.
39. Kapiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. Bull World Health Organ. 2004;82(3):172-9.
40. Van Waeleghem JP, Edwards P. European Standards for Nephrology Nursing Practice. Zürich: EDTNA/ERCA; 1995.
41. Abreu RCL. T & D: uma abordagem organizacional, por gerenciamento de projetos. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
42. Pan American Health Organization. Special Program for Health Analysis. Health Indicators: building blocks for health situation analysis. Epidemiol Bull. 2001;22(4):1-5.
43. Fundação Nacional da Qualidade. Conceitos fundamentais da excelência em gestão. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade; 2006.[32 p.] [citado 2009 jan 11]. Disponível em: http://www.fnq.org.br/Portals/_FNQ/Documents/ebook-ConceitosFundamentais.pdf
44. Brasil. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Elaboração de indicadores de desempenho institucional: apostila de apoio. Brasília: ENAP Cursos; 2006.
45. Boemeke AM, Jobim MSS, Formoso CT. Indicador de qualidade: nível de satisfação do usuário. In: VI Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído (ENTAC): tecnologia e qualidade na habitação. Anais: Rio de Janeiro (RJ) 1995. v.1 p.103-9.
46. Kluck M. Indicadores de qualidade para assistência hospitalar. CIH Hoefel e colaboradores: controle e prevenção de infecções humanas. Porto Alegre: FAMED/UFRGS; VPM/HCPA. [7p.]. [citado 2009 dez 12]. Disponível em: <http://www.cih.com.br/>
47. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookmam; 2007.
48. Azevedo AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 1991;25(1):64-71.

49. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(1):88-91.
50. Carvalho LR, Amorim SL, Tavares MF. Sistema de indicadores de qualidade como ferramenta de gestão em um restaurante universitário: estudo de caso [6 p.]. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP) 2003 out 21-24; Ouro Preto (MG), Brasil; 2003. [citado 2009 jan 11]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0207_0964.pdf
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Relatório Final. OPAS: Simpósio Internacional sobre a construção de indicadores para a Gestão Integrada em Saúde Ambiental; 2004 jun 17-18; Recife (PE), Brasil; 2004.. [citado 2009 dez 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final_recife.pdf
52. Maranhão M. ISO série 9000: versão 2000: Manual de implementação: o passo-a-passo para solucionar o quebra-cabeça da gestão. 8ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
53. Silveira JST, Porto MBS, Silva SC, Tubino DF, Régis Filho GI, Lopes MC. Qualidade em serviços: considerando o fator qualidade para determinar o real desempenho hospitalar. Florianópolis (SC): Associação Brasileira de Engenharia de Produção (ABEPRO); c2002. [9 p.] [citado 2009 jan 11] Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1997_T4301.PDF
54. Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH). [citado 2008 abril]. Disponível: <http://www.sipageh.unisinos.br>
55. Ribeiro RS, Morosini MC. O curso GQT e a implantação da qualidade total na administração pública indireta no RGS: o caso PROSAC. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Administração/ UFRGS; 1998.
56. Fundação Nacional da Qualidade. Critérios de excelência. São Paulo: A Fundação; 2007.
57. Almeida HMS. Programa de qualidade do Governo Federal aplicado à saúde. *Rev Adm Saúde.* 2001;3(12):5-10.
58. The Joint Commission Connect™ [Internet]. Oakbrook Terrace, IL; c2008. Guidelines for submission of evidence of standards compliance. 15(1):1-17. [citado 2009 jan 12]. Disponível em: http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/81F83BEB-297C-4AF5-9B8B-DF0AE1583B62/0/Guidelines_ESC_Submissionv15.pdf/
59. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.409/GM de 05 de agosto de 1998. [citado: 2009 jan 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3409.htm>

60. Donabedian A. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Michigan Health Administration Press; 1982. [Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 2].
61. Geraedts M, Schwartze D, Molzahn T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. BMC Health Serv Res. 2007;7:157 [6 p.]. [citado 2009 jan 12]. Disponível em : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2048956&blobtype=pdf>
62. Esperidião MA. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1267-76.
63. Zanon, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. Rev Adm Saúde. 2000;2(8):15-22.
64. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. Int J Qual Health Care. 1996;8 (4):401-7.
65. Weiner BJ, Alexander JA, Baker LC, Shortell SM, Becker M. Quality improvement implementation and hospital performance on patient safety indicators. Med Care Res Rev. 2006;63(1):29-57.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Artigo Original – Submetido à International Journal of Quality Health.

IDENTIFICATION OF QUALITY INDICATORS FOR A KIDNEY TRANSPLANTATION SERVICE

Running title: Kidney transplantation indicators

Patrícia TREVISO¹

Maria Eugênia CANZIANI²

Flávio Henrique BRANDÃO³

David SAITOVITCH⁴

PostGraduate Program in Medicine and Health Sciences. School of Medicine. Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, PUCRS

¹ Nurse at the Irmandade Santa Casa de Misericórdia in Porto Alegre.

² Affiliated Professor. Department of Internal Medicine. School of Medicine. Federal University of São Paulo.

³ Adjunct Professor. Department of Administration. Brazilian Institute of Management in Business.

⁴ Adjunct Professor. Department of Internal Medicine. School of Medicine. Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul

Contacts::

Patrícia Treviso

Address:

Rua Franklin, 240/108E. Porto Alegre – RS – 91210-060

Phone: [55] (51) 96441456

E-mail: ptreviso@ibest.com.br

ABSTRACT

Objectives: To identify the main quality indicators for a kidney transplantation service in the opinion of professionals and patients and to get to know the importance of the dimensions of quality for these patients. **Design:** Cross-sectional quantitative analysis study. Data collection was conducted through a questionnaire with open-ended questions and objective multiple-choice. **Participants:** Sample (n = 133) composed of professionals directly involved in health care (n = 56), administrative (n = 16) and patients (n = 61). **Intervention:** Each group was asked to fill a questionnaire assessing the importance of a number of specific indicators related to the subject's area of insertion in the process. It was also asked that new indicators, considered relevant that service. **Main Outcome Measure:** This procedure resulted in a list of 50 indicators. **Results:** For the professionals, there was no significant difference to the importance to the indicators presented. There was statistical difference of opinion as to the need for more indicators amongst the professionals of health care ($p = 0,046$) and administrative personnel ($p = 0,011$). It was observed that the health care professionals expressed concerns about administrative indicators and that the administrative personnel expressed concerns about health care indicators. Was observed the emphasis given by the group of patients, regarding indicators associated with the humanization of care. As to the dimensions of quality, most patients (82 - 100%) considered important. **Conclusion:** The work enabled the identification of 50 indicators that can be used by kidney transplantation services for monitoring quality in health care.

Keywords: Indicators; indicators of quality in health care, kidney transplantation.

INTRODUCTION

The constant search for quality in services is no longer an option and it has become a prerequisite for the survival and competitiveness of the institutions.⁽¹⁻²⁾ In this context, the adoption of a quality management system is a strategic decision for the organizations, and the search for quality in the provision of health services is both a social and technical need, understanding that improving the quality leads directly to greater efficiency and reduction costs.⁽³⁻⁷⁾

According to the "Institute of Medicine", quality can be defined as the degree to which the services increase the likelihood of desired health outcomes.⁽⁸⁾ Thus, the survival of health institutions is directly connected to the processes of continuous quality improvement and it is based on this assumption that this work was performed, in the belief that renal transplantation services can have tools to become even better qualified.

In the area of renal transplantation, there are few validated quality programs, however the National Accreditation Organization (ONA) have already described quality indicators for monitoring and evaluating of the processes involved in the procedure of dialysis.⁽⁹⁻¹⁰⁾

An indicator of quality is a tool that has been developed to facilitate the quantification and assessment of information⁽¹¹⁾. It is used to measure quality in a specific concrete aspect of health care: it can help in the monitoring of processes and their results, as well as provide critical information on the effectiveness of those.^(7, 12)

Submitting health services to continuous processes of assessment, through indicators, enables the improvement of these services and allows that changes in work routines may be introduced towards obtaining satisfactory results.^(7, 13, 14) An example of indicator is mortality, which has been historically used.^(11, 15) The dimensions of quality –reliability, empathy, responsiveness, safety and tangibles⁽²⁵⁾- are essential items for a good perceived quality in a service, and they can be analyzed through opinion surveys.

This study aimed to identify key indicators of quality for a service of kidney transplantation in the opinion of both professionals and patients and to get to know the importance of the dimensions of quality for these patients.

METHODS

This is a cross-sectional quantitative analysis study, conducted at the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, São Lucas Hospital. The data collection was performed in December 2007, through a structured questionnaire with open-ended and objective multiple-choice, rating scales and agreement questions. Professionals involved directly in health care, professionals involved in the administration, pre and post transplant patients answered different types of questionnaires. The sample of 133 subjects was composed of professional involved in healthcare (n = 56) (13 doctors, 23 nurses and 20 nurse assistants) and administrative professionals who work in the service of transplantation (n = 16) (10 leaders in their areas of operation and 06 administrative assistants), and renal patients (n = 61) (01 pre-transplant hospitalized patient and 20 pre-transplant outpatients, 11 hospitalized post-transplant (deceased donor) and 29 post-transplant outpatients). The professionals involved in the processes and the hospitalized patients at the time of data collection were invited to answer the questionnaire. The outpatients were selected by convenience sample: all those patients who were waiting for their appointment at the period of data collection were invited to answer the questionnaire. However, only those who agreed and met the inclusion criteria participated in the study. The considered criteria for inclusion in the study were: individuals over 18, literate, who signed the written informed consent and who returned the completed questionnaire.

After literature review, discussions with experts in the area of quality, directors and or staff members responsible for quality management of various companies dealing with health care or other areas, we observed that there are different ways to build a grid of indicators for a specific service. In the present study those subjects involved in the process of kidney transplantation were questioned: professionals and patients. A list formulated with already existing healthcare and administrative indicators at the São Lucas Hospital PUCRS(HSL PUCRS) and indicators from the SIPAGEH (System of Standard Indicators for Hospital Management) ⁽¹⁶⁾ was submitted to the professional involved in the investigated service for analysis as to the importance of such indicators for a service of kidney transplantation. As none of those already existing indicators was

specific to the process of transplantation, other indicators were added: two related to healthcare and two related to performance, based on the opinions of experts (five professionals) in this type of transplant. Those new indicators were added to the grid further submitted to the subjects' assessment. There was also the opportunity for suggestions of other indicators through open-ended questions presented to the investigated patients. Besides, there was an evaluation (from 1 to 5) of the five dimensions of quality⁽¹⁷⁾ for a transplant service.

The study was begun after the emission of the formal approval from the Research and Ethics Committee of the PUCRS. For analysis, the categorical variables are presented as frequency and percentage, continuous variables as mean and standard deviation (SD). The Student *t* test was used in comparisons between continuous variables and the chi-square test (χ^2) - or Fisher exact - in the comparisons between categorical variables. The Kruskal Wallis test was used in the proportion differences between three or more groups. The significance level adopted was ≤ 0.05 . The Statistical Package for Social Sciences software (SPSS, version 11.5 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used in all statistical analysis.

The indicators resulting from the study were organized into three groups: administrative indicators, health care indicators and indicators of service quality (as perceived by the patient).

RESULTS

133 subjects participated in the study were, 72 (54.14%) were professionals related to administration and health care, and 61 (45.86%) were pre-and post-transplant patients. As for demographic characteristics of the study participants 83 (62.4%) were female and the average of age was 40.3 ± 13.1 . The population with higher educational level (university), 44.6%, was distributed amongst the administrative and healthcare professionals and 1.6% amongst patients. 25% of the professionals had been working in the field of transplantation for over 10 years. Among the patients, 65% had been subjected to kidney transplantation and 80% were outpatients. Table 1 shows the characterization of the 133 subjects sample.

Table 1. Characterization of the sample (n = 133)

Variable	Sample: n (%)	(n)
Professional categories		
<i>Administrative leaders</i>	10 (71,0)	14
<i>Administrative assistants</i>	6 (100,0)	6
<i>Doctors</i>	13 (100,0)	13
<i>Nursess</i>	23 (72,0)	32
<i>Nurse assistants</i>	20 (12,0)	169
<i>Pre-transplat patients</i>	21 (7,0)	297
<i>Post-transplant patients</i>	40 (12,7)	315
Total	133 (15,7)	846

Note: Data are presented as frequency or percentage.

The values attributed by the healthcare professionals to the indicators described in the questionnaire are presented in table 2.

Table 2. Importance of indicators for a service of kidney transplantation in the opinion of health care professionals.

Health Care Indicators	Assistents (n=20)	Doctors (n=13)	Nurses (n=23)**	p-value *
Indicators	n (%)	n (%)	n (%)	
Hospital infection rate				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	18 (90,0)	13(100,0)	21 (95,5)	0,79
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (4,5)	
Mortality rate				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	19 (95,0)	13(100,0)	19 (86,4)	0,61
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (13,6)	
Time of permanence in the hospitalization				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	18 (90,0)	13(100,0)	19 (86,4)	0,85
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	2 (10,0)	0 (0,0)	3 (13,6)	
Surgical complications				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	19 (95,0)	13(100,0)	21 (95,5)	0,92
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (4,5)	
Post transplant complications				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	19 (95,0)	13(100,0)	22(100,0)	0,46
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rejection Rate				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	20(100,0)	12 (92,3)	22(100,0)	0,22
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	
Adverse Events in health care				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	18 (90,0)	12 (92,3)	22(100,0)	0,20
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	2 (10,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	
Rehospitalization Rate				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	18 (90,0)	12 (92,3)	20 (90,9)	0,84

<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	2 (10,0)	1 (7,7)	2 (9,1)	
Internal Costumer Satisfaction				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	18 (90,0)	12 (92,3)	17 (81,0)	0,72
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	2 (10,0)	1 (7,7)	4 (19,0)	
External Costumer Satisfacion				
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	18 (90,0)	13(100,0)	19 (90,5)	0,97
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	2 (10,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	
Enough indicators				
Yes	13 (65,0)	3 (23,1)	13 (59,1)	0,046
No	7 (35,0)	10 (76,9)	9 (40,9)	

Note:

* Chi-square Pearson's test.

** Two subjects did not answer this question.

It was observed that for both nurse assistants, nurses and doctors, the indicators were given relatively similar weights. All indicators were considered important; the indicator rated with the lowest importance was internal costumer satisfaction (81%).

Table 3 presents the values assigned by administrative personnel to the indicators described in the questionnaire, making a comparison between these professionals. There was no statistical difference between the two professional categories surveyed.

Table 3. Importance of indicators for a service of kidney transplantation in the opinion of the administrative personnel.

Administrative Personnel	Administrative Assistant (n=6)	Administrative Leader (n=10)	p-value*
Indicators	n (%)	n (%)	
Rate of work accidents			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	2 (33,3)	5 (50,0)	0,63
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	4 (66,7)	5 (50,0)	
Hours of training			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	6 (100,0)	9 (90,0)	1,00
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0,(0,0)	1 (10,0)	
Time of permanence in the hospitalization			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	5 (83,3)	8 (80,0)	1,00
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	1 (16,7)	2 (20,0)	
Occupation rate			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	5 (83,3)	8 (80,0)	1,00
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	1 (16,7)	2 (20,0)	
Revenue			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	6 (100,0)	9 (90,0)	1,00
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	1 (10,0)	
Cost			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	5 (83,3)	10(100,0)	0,38
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	1 (16,7)	0 (0,0)	
Absentism			

<i>Important (itens 4 and 5)</i>	2 (33,3)	6 (60,0)	0,61
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	4 (66,7)	4 (40,0)	
Number of donors			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	5 (83,3)	9 (90,0)	1,00
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	1 (16,7)	1 (10,0)	
Number of transplants performed			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	4 (66,7)	10(100,0)	0,13
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	2 (33,3)	0 (0,0)	
Internal Costumer Satisfaction			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	6 (100,0)	10(100,0)	†
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	
External Costumer Satisfaction			
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	6 (100,0)	9 (90,0)	1,00
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	1 (10,0)	
Enough indicators			
Yes	6 (100,0)	3 (30,0)	0,011
No	0 (0,0)	7 (70,0)	

Note:

* Fisher exact test

† The test was not calculated because there was no variation in data

Through the open ended questions, we obtained a list of fifty indicators suggested by professionals and patients. Of those, some had more citations than others. The indicators are fully described in Table 4, in order of citation.

Table 4. List of all suggested indicators (by health care professionals, administrative professionals and patients).

	Suggested indicators	Health care professionals	Administrative Personnel	Patients	Total of Citations
		n (%)	n (%)	n(%)	n(%)
1	Human resources (agility / training / humanisation)	16(18,6)	-	43(35,5)	59(26,0)
2	Monitoring by the multidisciplinary team	10(11,6)	-	8 (6,6)	18 (8,0)
3	Room services (catering)	-	-	14(11,6)	14 (6,0)
4	Room services(hygienization)	-	-	11 (9,1)	11 (5,0)
5	Time in the wating list	5 (5,8)	-	5 (4,1)	10 (4,0)
6	Bed availability	4 (4,6)	-	6 (5,0)	10 (4,0)
7	Hospital rooming (infrastructure)	1 (1,1)	-	6 (5,0)	7 (3,0)
8	Number of donors	-	-	6 (5,0)	6 (3,0)
	Publicity and Marketing focused on donations	-	-	6 (5,0)	6 (3,0)
9					
10	Time waiting for appointments	-	-	5 (4,1)	5 (2,0)

11	Graft survival rate	5 (5,8)	-	-	5 (2,0)
12	Dyalisis rate after transplant	4 (4,6)	1 (5,0)	-	5 (2,0)
13	Complete and updated medical records and examinations		1 (5,0)	4 (3,3)	5 (2,0)
14	Adherence of patients to treatment (lack of medication)	2 (2,3)	-	3 (2,5)	5 (2,0)
15	Cost x Revenue	3 (3,5)	1 (5,0)	-	4 (2,0)
16	Rejection rate	-	4(20,0)	-	4 (2,0)
17	Post-transpalnt x patient mortality rate	-	4(20,0)	-	4 (2,0)
18	Post- Transplant x complication rate	-	3(15,0)	-	3 (1,0)
19	Receipient survival	3 (3,5)	-	-	3 (1,0)
20	Organ rejection rate	3 (3,5)	-	-	3 (1,0)
21	Room companion	-	-	3 (2,5)	3 (1,0)
22	Adverse events in health care	2 (2,3)	1 (5,0)	-	3 (1,0)
23	Number of transplants performed	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
24	Time and type of pre transplant dialysis	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
25	Use of hemocomponents in the transplant process	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
26	Surveillance process (infection control)	2 (2,3)	-	-	2 (1,0)
27	Hospital infection rates	-	2(10,0)	-	2 (1,0)
28	Surgery time	1 (1,1)	-	1 (0,8)	2 (1,0)
29	Rate of neoplasia	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
30	Rehospitalization post transplant	-	1 (5,0)	-	1 (0,0)
31	HR turn over	-	1 (5,0)	-	1 (0,0)
32	Number of patients in waiting list	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
33	Primary loss	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
34	Reasons for lack of donors	-	1 (5,0)	-	1 (0,0)
35	Graft function at 6 and 12 months	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
36	Time of cold ischemia	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
37	Mortality in the waiting list	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
38	Post-transplant return to professional activities	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
39	Patient access to multidisciplinary team care	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
40	School performance (for chilrem)	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
41	Number of outpatient appointments after transplantation	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
42	Time of permanence on long permanence vesical catheter x urinary tract infection	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)

43	Type of pre transplant therapy / treatment	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
44	Rate of need to change medication	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
45	Compliance with the established routines	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
46	HR – enough personnel	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
47	Restricted and rigorous visiting times	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
48	Transparency in the waiting list	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
49	Waiting list flow updates	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
50	Participation in transplant groups/NGOs	1 (1,1)	-	-	1 (0,0)
	TOTAL	86	20	121	227

Note:

- = Not mentioned

The health care group listed 36 indicators care in a total of 86 citations. The two most mentioned indicators by this group were related to healthcare. From the administration group, we obtained 11 indicators (20 citations), the most mentioned also concerning health care. From these indicators, two are already used in the HSL / PUCRS as institutional indicators: rate of hospital infection and costs and revenue rates. From the group of patients we obtained 14 indicators (121 citations). The most cited aspects by this group were related to healthcare and hospital facilities (rooming and room services).

In the questionnaire presented to patients, the importance given by them to the five key dimensions of quality it was also investigated; the results are presented in Table 5.

Table 5. Dimensions of quality from the perspective of the patient

Dimensios of quality	Patients				P – value**
	Pre-transplant outpatients n (%)	Pre-transplant hospitalized patients n (%)	Post-transplant hospitalized patients n (%)	Post-transplant outpatients n (%)	
Reliability					0,15
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	9 (82,0)	28 (97,0)	
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,0)	1 (3,0)	
Safety					0,77
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	11 (100,0)	28 (97,0)	
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Tangibles					0,20

<i>Important (itens 4 and 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	10 (91,0)	28 (97,0)	
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,0)	1 (3,0)	
Empathy					0,77
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	11 (100,0)	28 (97,0)	
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Responsiveness					0,15
<i>Important (itens 4 and 5)</i>	20 (100,0)	1 (100,0)	9 (82,0)	28 (97,0)	
<i>Not important (itens 1,2, 3)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,0)	1 (3,0)	

Note:

Data are presented as frequency or percentage.

** Kruskal Wallis Test for proportion difference.

DISCUSSION

The importance of the indicators is given by their broad utility, providing quantifiable data for management of a particular service. In the period of data collection, the HSL PUCRS had 35 indicators, data collection was regular and the material was used in order to manage and improve the institutional processes. At the state level we count with the SIPAGEH - Standard System of Indicators for Hospital Management, structured to evaluate the performance of hospitals, through the collection and treatment of hospital indicators⁽¹⁶⁾.

Usually the indicators used by health institutions are institutional indicators, that is, they enable to evaluate the institution as a whole. However, it is questioned the need to include specific indicators that may be useful in the analysis of certain processes such as that which already occurs in the dialysis services.⁽⁹⁻¹⁰⁾

The kidney transplant is a high complexity procedure⁽¹⁸⁾ and the specific indicators may allow a better view of what occurs in the peritransplant period, enabling needed aspects to be reviewed and dealt with

For the healthcare professionals all indicators listed in the questionnaire were considered important at a rate higher than 80%, and most times equal or above 90%. It was observed that in the administration personnel group, administrative assistants scored some indicators as not important, nevertheless, the group did not consider it necessary to include others. Unlike the administrative leaders, who scored most of the indicators as being important and still believed in the need to include others. This suggests the complexity of the process of transplantation and

the involvement of these professionals, as well as the need for interaction between them.

We performed a comparison among professionals regarding the time of work with transplants and the importance attached by them to the indicators, suggesting that the greater the time that the professionals had been working in the area the most important is the need of the indicators (data not demonstrated).

The suggestion of inclusion of other indicators not listed in the questionnaire was also examined, resulting in fifty items. Among the suggested indicators it was observed that both the healthcare and administrative professionals highlighted items related to both administrative and healthcare matters. This is due to the professionals global vision of the processes in development within the institution, to a perception that goes beyond the specific focus of action of each one. According to Donabedian, in order to assess a health service it is necessary to consider the whole: the structure, processes and results.⁽¹⁹⁾

The suggested indicators correspond to 227 citations. It is observed that most of these are healthcare related, that is, they relate to aspects of healthcare in macroprocess of renal transplantation. Possibly this is due to the fact that the size of the healthcare professionals sample was greater than the administration personnel sample, as well as to the fact that the subjects' perception that the patient's care is a priority over administrative issues. The most cited indicators were related to the multidisciplinary team, to the monitoring and quality of care, and aspects related to hospitality, hospital facilities and infrastructure of the service. Based on this result, we point out that the basic principle for quality of healthcare is functional training. It is known that the success of organizations will increasingly depend on the learning and empowerment of the people who take part in them, and a favorable environment to the development of their potentialities.⁽²⁰⁾

It is understood that the indicators: number of transplants performed (item 23) and number of donations (item 7) are interconnected, since the number of transplants depends on the number of effective donations. It is also understood that this condition does not only depend on the professionals who work in the hospital, but also on the support of the public sphere and especially the community. This does not exempt the active participation of the hospital

transplants committee, a main instrument in the process of attracting potential donors.

The literature shows that there is no exact number of indicators for the quality control of a determined type of service, but still, it stresses the importance of those for a better quality control.⁽²¹⁾ Amongst them, indicators of internal and external customers satisfaction reflect the perceived quality ranging from room service aspects to healthcare in all its levels, including even specific aspects of the technical quality of the service. Satisfied patients tend to better follow their treatments and to continue using health services.⁽²²⁾ Therefore, the patient's opinion is an indicator that should be analyzed.⁽²³⁾ Besides, the patients' assessment of the indicators give the information a character of great visibility, low cost of implementation and the information is obtained quickly.⁽²³⁾ There is evidence that companies that have a satisfied staff have a lower turnover and better performance, being known that the human factor is crucial for the quality of a service.⁽¹⁷⁾

It is understood that health care is the main objective for the patient, but once this goal has been achieved, patients' concerns expand to other aspects such as infrastructure, costs, attention and kindness in the offered service. So, besides offering great health care services, it is possible to offer great hospitality and affordable costs, which will characterize a better perceived quality, ensuring the loyalty of this patient to the service.⁽²⁵⁾ It is necessary to organize and establish principles for healthcare services, offering the expected care and having the results perceived by the customer⁽²⁶⁾, thus ensuring the dimensions of quality: reliability, security, tangibles, empathy and responsiveness.⁽²⁷⁻²⁸⁾ It appears that in the patient's perspective there is little variation among groups in relation to the dimensions of quality, which were considered important at a rate higher than 82%, most times equal or higher than 91%. Reliability was the dimension rated at 100% for all groups of patients. It is possible that if better emphasized and worked on with the professional group, these dimensions could positively enhance the quality perceived by the patient.

CONCLUSION

Based on data obtained from this study, it was found that there are no pre-established rules for the definition of indicators. The construction or choice of these should be based on the experience of the subjects involved in the processes, using the combination of knowledge from experts in each area, following the principles of quality. .⁽²⁰⁾ The construction of quality indicators in health care should represent an interdisciplinary, participatory collective reflection, dedicated to changing contexts and improving services.⁽²⁹⁾

The main indicators of quality of service for a kidney transplant were identified in the opinion of healthcare professionals, administrative professionals and patients involved in the kidney transplantation service of the HSL / PUCRS, resulting in a list of fifty indicators, which revealed a greater emphasis on healthcare indicators. Patients consider the dimensions of quality as important for this service, emphasizing the safety and empathy factors.

A new study could be done by placing the use of the new listed indicators into practice, evaluating the feasibility of the data collection and the usefulness of the information obtained.

REFERENCES

1. Manfredi SR. Implantação e aplicação prática do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade em uma Unidade Satélite de Hemodiálise [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000.
2. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):935-44.
3. Turchi LM. Qualidade total: afinal de que estamos falando? Brasília: IPEA; 1997. [Texto para Discussão n. 459]. [citado jan 6 2009]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/1997/td_0459.pdf
4. Carvalho COM. Desenvolvimento de um modelo de gestão da qualidade em um serviço de hemodiálise [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.
5. Campos VF. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1998.
6. Souza C. Clientividade: a chave para aumentar a competitividade. [citado jan 6 2009]. Disponível em: <http://www.mmrbrasil.com.br/artigos/10.pdf>
7. Fernandes DR. Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. *Rev FAE*. 2004;7(1):1-18. [citado 6 jan 2009] Disponível em: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v7_n1/rev_fae_v7_n1_01_dejair.pdf
8. Institute of Medicine. Division of Health Care Services. Measuring the quality of health care: a statement by the National Roundtable on Health Care Quality. Washington: National Academy Press; 1999.
9. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva. Brasília: ONA; 2004. [Coleção Manuais de Acreditação ONA, v.4]
10. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
11. United Nations General Assembly. Special Session on HIV/AIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting. Geneva: UNAIDS; 2007. [citado 11 jan 2009] Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070411_ungass_core_indicators_manual_en.pdf

12. Poch E, Felip A, Davins J, Coca A. Indicadores de calidad en unidades asistenciales de hipertensión arterial en España : indicadores de estructura en el estudio QUALIHTA . Rev Clín Esp. 2006;206(11): 541-8.
13. Mangarinos-Torres R, Osório-de-Castro CGS, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. Cad Saúde Pública [serial online] 2007;23(8):1791-1802. [citado jan 9 2009] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800006&tlng=en&lng=en&nrm=iso
14. Dominguez L, Enriquez P, Alvarez P, De Frutos M, Sagredo V, Dominguez A, et al. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva (Madr.). 2008;32(1):8-14.
15. Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH). [citado 2008 abril]. Disponível: <http://www.sipageh.unisinos.br>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.409/GM de 05 de agosto de 1998. [citado: 2009 jan 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3409.htm>
17. Donabedian A. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Michigan Health Administration Press; 1982. [Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 2].
18. Fundação Nacional da Qualidade. Conceitos fundamentais da excelência em gestão. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade; 2006.[32 p.] [citado 2009 jan 11]. Disponível em: http://www.fnq.org.br/Portals/_FNQ/Documents/ebook-ConceitosFundamentais.pdf
19. Van Waelegheem JP, Edwards P. European Standards for Nephrology Nursing Practice. Zürich: EDTNA/ERCA; 1995.
20. Kluck M. Indicadores de qualidade para assistência hospitalar. CIH Hoefel e colaboradores: controle e prevenção de infecções humanas. Porto Alegre: FAMED/UFRGS; VPM/HCPA. [7p.]. [citado 2009 dez 12]. Disponível em: <http://www.cih.com.br/>
21. Esperidião MA. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1267-76.
22. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: J. C. Mezomo; 1994.
23. Boemeke AM, Jobim MSS, Formoso CT. Indicador de qualidade: nível de satisfação do usuário. In: VI Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído (ENTAC): tecnologia e qualidade na habitação. Anais: Rio de Janeiro (RJ) 1995. v.1 p.103-9.

24. Las Casas AL. Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos. 5ª.ed. São Paulo: Atlas; 2006.
25. Zanon, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. Rev Adm Saúde. 2000;2(8):15-22.
26. Gullo A. Controllo postoperatorio: principi, organizzazione, qualità delle cure. Definizione del rischio, medicina basata sull'evidenza, audit e qualità delle cure. Minerva Anesthesiol. 2006;72(4);177-181. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.minervamedica.it/index2.t?show=R02Y2006N04A0171>
27. Takashina NT, Flores MCX. Indicadores da qualidade e do desempenho: como estabelecer metas e medir resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1999.
28. Klück M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. Rev Adm Saúde. 2002;4(16):27-32. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS16.pdf>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Relatório Final. OPAS: Simpósio Internacional sobre a construção de indicadores para a Gestão Integrada em Saúde Ambiental; 2004 jun 17-18; Recife (PE), Brasil; 2004.. [citado 2009 dez 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final_recife.pdf

APÊNDICE 2. Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

International Journal for Quality in Health Care CONFLICT OF INTEREST FORM

Article Title: Identification of Quality Indicators for Kidney Transplantation
 Author(s): Patricia Irevise Ms number: 55(51)96441456 Service

PLEASE NOTE: As an integral part of the online submission process, corresponding authors are required to confirm whether they or their co-authors have any conflicts of interest to declare, and to provide details of these. If the corresponding author is unable to confirm this information on behalf of all co-authors, the authors in question are required to complete and fax this Conflict of Interest form to the Editorial Office at 0041-22-372-9016. It is the corresponding author's responsibility to ensure that all authors adhere to this policy.

MANUSCRIPT AUTHORS: If you have been asked to do so by the corresponding author, please complete **Part I** or **II**. At the point of submission, *International Journal for Quality in Health Care* policy requires that each author reveal any financial interests or connections, direct or indirect, or other situations *that might raise the question of bias* in the work reported or the conclusions, implications, or opinions stated - including pertinent commercial or other sources of funding for the individual author(s) or for the associated department(s) or organization(s), personal relationships, or direct academic competition.

When considering whether you should declare a conflicting interest or connection please consider the conflict of interest test: Is there any arrangement that would embarrass you or any of your co-authors if it was to emerge after publication and you had not declared it?

If the manuscript is published, this information will be communicated in a statement in the published paper.

I. There have been no involvements that might raise the question of bias in the work reported or in the conclusions, implications, or opinions stated.

Patricia Irevise
 Printed name
Patricia Irevise
 Signature

Date December 05, 2009.

OR

II. Conflict of interest statement.

Sample statement: I hold stock* in [business name], the makers of [product], and am currently conducting research sponsored by this company. I am also a member of the speakers' bureau for [business name].

* Please provide details of stock where this reveals a pertinent conflict of interest.

My statement is as follows:

No conflict of interest to declare.

Patricia Irevise
 Printed name
Patricia Irevise
 Signature

Date December 05, 2009.

Licence to Publish



Dear Author

We need your written permission before we can publish your accepted article in *International Journal for Quality in Health Care*.

Please read this form carefully and if you are happy with its terms complete it and immediately fax a copy (both pages) to +44 (0)1865 355798 then send the ORIGINAL to us at the following address:

International Journal for Quality in Health Care, Oxford Journals, Oxford University Press, Great Clarendon Street, Oxford OX2 6DP, UK.

You are required to TICK ONE BOX IN STEP 1 TICK ONE BOX IN STEP 2 AND SIGN UNDER STEP 3. In some cases, as explained in STEP3, you need to arrange for your employer to sign as well.

DETAILS (please complete)

Journal International Journal for Quality in Health Care Manuscript number _____

PUBLISHED BY OXFORD UNIVERSITY PRESS IN ASSOCIATION WITH THE International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Article title Identification of Quality Indicators for a Kidney Transplantation Service

Author(s) Patricia Trevis

STEP 1 – OXFORD OPEN

- Please tick this box if you wish to have your Article published under the Oxford University Press's Open Access option:
This means that your Article will be made freely available online for non-commercial use immediately upon publication **but there is a charge for this which is payable by you**. If you choose this option we require that you complete an open access charge form found at <http://www.oxfordjournals.org/oxfordopen/forms> and submit it to us as soon as possible. We regret that if we do not receive an open access charge form within five days of your manuscript being accepted, we reserve the right to place your published Article under subscription access control.

By ticking this box you agree to pay the relevant open access charge on the terms set out on the open access charge form submitted by you. For more information about Oxford Open, including a scale of current charges, please go to <http://www.oxfordjournals.org/oxfordopen/about>

- Please tick this box if you DO NOT wish to have your Article published under the Oxford University Press's open access model, *Oxford Open*. This means that your article will be published in the Journal with standard subscription-based access and you will not be required to pay an open access charge.

ADDITIONAL OXFORD OPEN RIGHTS FOR USERS

If the Article is published in OXFORD OPEN, users of the open access version are entitled to use, reproduce, disseminate, or display articles for educational and research purposes only, PROVIDED THAT (1) the original authorship is properly and fully attributed; (2) the Journal is attributed as the original place of publication and with the correct citation details given; (3) if an article is subsequently reproduced or disseminated not in its entirety but only in part as a derivative work this must be clearly indicated.

STEP 2 – THE LICENCE TO PUBLISH

Please tick either Box A or Box B

- BOX A: to be completed if copyright belongs to the Author or the Author's employer.
You hereby grant to the International Society for Quality in Health Care (ISQua) an exclusive licence of the full period of copyright throughout the world. In particular, this provides OUP with the exclusive right:

- to publish the final version of the Article in the above Journal, and to distribute it and/or to communicate it to the public, either within the Journal, on its own, or with other related material throughout the world, in printed, electronic or any other format or medium whether now known or hereafter devised;
- to make translations and abstracts of the Article and to distribute them to the public; to authorize or grant licences to third parties to do any of the above;
- to deposit copies of the Article in online archives maintained by OUP or by third parties authorized by OUP.

You authorize us to act on your behalf to defend the copyright in the Article if anyone should infringe it and to register the copyright of the Article in the US and other countries, if necessary.

In the case of a multi authored article, you confirm that you are authorized by your co-authors to enter this licence on their behalf

- BOX B: to be completed if the Article is protected by UK Crown Copyright, is in the public domain (e.g. US Government Publications) or cannot be fully licensed as requested above. Please briefly indicate the reasons here.

Licence to Publish – continued

STEP 2 – SIGNATURE

International Journal for Quality in Health Care

PLEASE READ CAREFULLY

You confirm to OUP that the Article (1) is your original work; (2) has not previously been published (in print or electronic format) is not currently under consideration by another journal or if it has already been submitted to other journals, it will be immediately withdrawn; (3) will not be submitted for publication to any other journal following acceptance in the above Journal; and (4) OUP will be the first publisher of the Article.

You warrant to OUP that (1) no part of the Article is copied from any other work, (2) you have obtained ALL the permissions required (for print and electronic use) for any material you have used from other copyrighted publications in the Article; and (3) you have exercised reasonable care to ensure that the Article is accurate and does not contain anything which is libellous, or obscene, or infringes on anyone's copyright, right of privacy, or other rights.

Signature (on behalf of all co-authors, if any))

Patricia Tenorio

Print name

Patricia Tenorio

Date

December 24, 2008

If your employer claims copyright in your work, this form must also be signed below by a person authorized to sign for and on behalf of your employer as confirmation that your employer accepts the terms of this licence.

Signature (on behalf of the employer of the author(s))

Print name of employer

Date

FURTHER INFORMATION

(Full details of OUP's publication rights policies, including author rights can be found at http://www.oxfordjournals.org/access_purchase/publication_rights.html)

USE OF PRE-PRINTS AND POST-PRINTS (as defined in the Notes below)

On publication of your Article in the Journal you are not required to remove any previously posted PRE-PRINT versions from your own personal website or that of your employer or free public servers of pre-prints and/or articles in your subject area, provided (1) you include a link (url) to the published version of the Article on the Journal's website; AND (2) the Journal is attributed as the original place of publication with the correct citation details given.

You may post the POST-PRINT version of the Article (but not the published version itself) onto your own website, your institution's website and in institutional or subject-based repositories, such as PubMed Central or the Oxford Eprints service, PROVIDED THAT it is not made publicly available until 12/24 MONTHS after the online date of publication, and that: (1) you include a link (url) to the published version of the Article on the Journal's website; (2) the Journal is attributed as the original place of publication with the correct citation details given.

If the article is published in OXFORD OPEN, provided you have paid the appropriate open access charge, you may deposit the POST-PRINT and/or the finally published version of the article into an institutional or centrally organized repository, immediately upon publication PROVIDED THAT (1) you include a link (url) to the published version of the Article on the journals' website; and (2) the Journal is attributed as the original place of publication with the correct citation details given.

FREE LINK TO PUBLISHED ARTICLE

On publication of your article, you will receive a URL, giving you access to the published article on the Journal website, and information on use of this link.

EDUCATIONAL USE

You may use the Article within your employer's institution or company for educational or research purposes only, including use in course-packs, as long as: (1) you do not use it for commercial purposes or re-distribution outside of the institution/company; (2) you acknowledge the Journal as the original place of publication with the correct citation details given.

Notes (please read)

- 1 No article will be published unless an assignment form has been signed. As the Author(s), copyright in the Article remains yours (or your employer's if your employer claims copyright in your work).
- 2 Full details of Oxford Journals' Publications Rights Policies including self-archiving rights for authors can be found at http://www.oxfordjournals.org/access_purchase/publication_rights.html and/or in the Instructions to Authors for the journal concerned.
- 3 Contact details for Permissions: Rights and New Business Development, Oxford Journals, Oxford University Press, Great Clarendon Street, Oxford OX2 6DP Tel: +44 (0) 1865 353561; Email: journals.permissions@oxfordjournals.org http://www.oxfordjournals.org/access_purchase/rights_permissions.html
- 4 Pre-Print: an unrefereed manuscript version of the article, as submitted for review by a journal
- 5 Post-Print: A post-print is the final draft author manuscript, as accepted for publication by a journal, including modifications based on referees' suggestions but before it has undergone copyediting and proof correction.

APÊNDICE 3. Comprovante de submissão do artigo.

Manuscript Central

Página 1 de 1



International Journal for
Quality in Health Care

Edit Account | Instructions & Forms | Log C


[Main Menu](#) → [Author Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *International Journal for Quality in Health Care*.

Manuscript ID: INTQHC-2009-01-0009
Title: IDENTIFICATION OF QUALITY INDICATORS FOR A KIDNEY TRANSPLANTATION
Authors: Treviso, Patrícia
Canziani, Maria
Brandão, Flávio
Saitovitch, David
Date Submitted: 13-Jan-2009

 Print  Return

Manuscript Central™ v4.11 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2008. All Rights Reserved.
Manuscript Central is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.
[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)

APÊNDICE 4. Mensagem eletrônico de confirmação de submissão do artigo.

----- Forwarded message -----

From: <me-ijqhc@hcuge.ch>

Date: 2009/1/13

Subject: Manuscript submission INTQHC-2009-01-0009

To: ptreviso@ibest.com.br, formato@scientific.com.br

Manuscript Reference No.: INTQHC-2009-01-0009

13-Jan-2009

Dear Dr. Treviso,

This message acknowledges receipt of your manuscript "IDENTIFICATION OF QUALITY INDICATORS FOR A KIDNEY TRANSPLANTATION SERVICE". Thank you for this submission to International Journal for Quality in Health Care. We are pleased to consider this manuscript for possible publication.

We will shortly run some preliminary checks on the manuscript. If your submission meets Journal requirements we will send your manuscript out for peer review. We will be back in touch with you after the peer review process has been completed and an editorial decision has been made on your paper.

OPTIONAL OPEN ACCESS - Please note that if your manuscript is accepted for publication in the International Journal of Quality in Health Care, you will have the option, at an additional charge, to make your paper freely available online immediately upon publication, under the Oxford Open initiative (see <http://www.oxfordjournals.org/oxfordopen/>). Applicable Oxford Open charges can be found in the Authors Instructions http://www.oxfordjournals.org/intqhc/for_authors/index.html.

In any future correspondence regarding this manuscript please include the manuscript reference number INTQHC-2009-01-0009.

Thank you for your interest in International Journal for Quality in Health Care.

Sincerely,

Aimee Troger
Managing Editor

APÊNDICE 5. Artigo de Revisão – Submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Construção de indicadores: uma das ferramentas do gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde.

Patrícia Treviso*

Flávio Henrique Brandão**

David Saitovitch***

* Enfermeira. Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

** Professor Afilhado. Instituto Brasileiro de Gestão em Negócios.

*** Professor Adjunto. Departamento de Medicina Interna. Faculdade de Medicina. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina.
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Correspondência:

Patrícia Treviso

Rua Franklin, 240/108E. Porto Alegre – RS – 91210-060

Fone: [55] (51) 96441456; E-mail: ptreviso@ibest.com.br

Resumo

Introdução - Nos últimos anos, a busca pela qualidade nos serviços de saúde tem crescido de forma exponencial. A utilização de indicadores tem contribuindo nesta busca por melhorias, abrangendo processos assistenciais e administrativos.

Objetivo - Descrever as principais ferramentas de gestão da qualidade em serviços de saúde focando na construção de indicadores para área hospitalar.

Metodologia - Estudo de revisão bibliográfica. **Discussão** - Programas de melhoria de qualidade dependem do comprometimento de toda a organização, necessitando em algumas situações mudança de cultura da instituição.

Conclusão – Várias são as ferramentas de qualidade que podem ser utilizadas na gestão de serviços de saúde, sendo os indicadores fundamentais neste processo, pois possibilitam maior objetividade dos dados a serem mensurados. A construção dos indicadores pode ser realizada de diferentes maneiras, porém deve sempre ser levada em consideração a opinião dos envolvidos nos processos que serão gerenciados, desde diretores, funcionários e clientes.

Descritores: Indicadores; controle de qualidade; gestão de qualidade; indicadores de qualidade em assistência à saúde; indicadores de serviços.

Abstract

Introduction - In recent years, the quest for quality in health services has grown exponentially. The use of indicators has contributed in this quest for improvement, including both health care and administrative processes. **Objective** - Describe the main tools of quality management in health services focusing on the construction of indicators for hospital management. **Methodology** – Review article. **Discussion** - Quality improvement programs depend on the commitment of the entire organization, in some cases, requiring changes in the culture of the institution. **Conclusion** - There are several tools for quality that can be used in health services management. Indicators are a key piece in this process, for they enable more objective data to be measured. The construction of the indicators can be achieved through different pathways, but it should always take into account the perspectives of all subjects involved in the processes that will be managed, including directors, employees and customers.

Keywords: Indicators, quality control, quality management, quality indicators in health care; indicators of services.

Resumen

Introducción - En los últimos años, la búsqueda por la calidad en los servicios de salud ha crecido en forma exponencial. La utilización de indicadores ha contribuido en esta búsqueda por mejorías, abarcando procesos asistenciales y administrativos. **Objetivo** - Describir las principales herramientas de la gestión de calidad en los servicios de la salud enfocándola en la construcción de indicadores para el área hospitalar. **Metodología** - Estudio de revisión bibliográfica. **Discusión** - Programas de mejorías de la calidad dependen del comprometimiento de toda la organización, siendo necesarias, en algunas situaciones, mudanzas de cultura de la institución. **Conclusión** - Varias son las herramientas de calidad que pueden ser utilizadas en la gestión de los servicios de salud, siendo los indicadores fundamentales en este proceso, pues posibilitan mayor objetividad de los datos a ser mensurados. La construcción de los indicadores puede ser realizada de diferentes maneras, sin embargo, siempre debe ser llevado en consideración la opinión de los involucrados en los procesos que serán gerenciados, desde directores, funcionarios y clientes.

Descriptor. Indicadores, control de calidad, gestión de calidad, indicadores de calidad en asistencia a la salud, indicadores de servicios.

INTRODUÇÃO

Atualmente a qualidade e a gestão de qualidade têm sido amplamente discutidas em diversas áreas, incluindo na área da saúde. Observa-se nos hospitais e outras instituições de saúde uma constante preocupação com a modernização nos modelos gerenciais, visão de processos e de indicadores, evidenciando uma busca pela qualidade dos serviços, excelência do atendimento, custos reduzidos e diminuição do retrabalho.⁽¹⁾ Diante deste contexto, uma das estratégias principais adotadas pelas organizações é inovar nos serviços prestados, oferecendo um serviço que não só satisfaça o desejo do cliente, mas que também o surpreenda, superando suas expectativas.⁽¹⁾

A melhoria da qualidade é um processo contínuo e que envolve toda a instituição desde a parte administrativa até a operacional, constituindo-se um sistema de gerenciamento com ampla visão da organização. Um destes sistemas é o modelo denominado em inglês Contínuos Quality Improvement – CQI (Melhoria Contínua da Qualidade).⁽²⁾ O CQI foi aplicado inicialmente na indústria japonesa, ensinado por Deming, onde despertou grande interesse na área da saúde, trabalhando questões intrinsecamente ligadas à qualidade como a satisfação dos clientes internos (que fazem parte da organização) e clientes externos, o desempenho dos processos e o fortalecimento da instituição tornando-a mais competitiva.⁽³⁻⁴⁾

Submeter os serviços de saúde a procesos contínuos de avaliação possibilita a melhoria contínua destes serviços, onde a principal ferramenta para isto são os indicadores que permitem monitorar e quantificar a qualidade dos procesos, a partir do que se pode trabalhar melhor o que não obtiver resultados satisfatórios.⁽⁵⁻⁷⁾

Frente a estas inovações e na busca pela qualidade, procurou-se com este estudo realizar uma revisão bibliográfica sobre o gerenciamento da qualidade em serviços de saúde e a construção de indicadores nesta área.

METODOLOGIA

Neste estudo de revisão realizou-se extensa revisão bibliográfica em livros texto, artigos de bases científicas como Scielo e Pubmed no período de 2006 à 2008. Não restringiu-se o ano de publicação devido à diminuída publicação sobre o assunto.

Este estudo faz parte da dissertação de mestrado em Ciências da Saúde com ênfase em Nefrologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Breve Histórico do Movimento da Qualidade no Setor da Saúde

As preocupações com a qualidade dos serviços de saúde constituem tema já considerado de interesse, há décadas. Os Estados Unidos (EUA) são pioneiros na matéria. ⁽⁸⁻⁹⁾ Um dos primeiros documentos sobre o tema, nos EUA, foi o Relatório Flexner sobre educação médica, de 1910, que investigou a fundo os cursos de medicina e os hospitais de então, propondo drásticas medidas para o seu aprimoramento, repercutindo no fechamento de escolas e na criação de normas mais explícitas para o funcionamento dos hospitais e para a qualificação da equipe funcional. ⁽⁸⁾ Depois disto, em 1917 o “*American College of Surgeons*” instituiu o “Padrão Mínimo” para hospitais, o que foi o embrião para o programa de padronização dos hospitais desenvolvido em 1951 pela Joint Commission on Accreditation of Hospitals que é hoje a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), criada na década de 1950 também nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar, desenvolver e estimular a educação contínua e realizar consultorias no ambiente hospitalar. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

O interesse pela qualidade a nível internacional ocorreu após a II Guerra Mundial, pela necessidade de implantação de sistemas de controle de produção e de custos devido à escassez de recursos. ⁽¹²⁻¹³⁾ Além da área industrial, várias outras áreas aderiram a este processo, buscando então melhorar a qualidade não só de produtos, mas também de serviços, um exemplo foi a área da saúde. ⁽⁴⁾

A OMS em 1989 focando sua atenção para a questão da qualidade da assistência hospitalar na América Latina criou estratégias para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade, contribuindo para provocar nos profissionais um estímulo para avaliar as debilidades e forças da instituição; estabeleceu metas para o desenvolvimento das iniciativas de qualidade e provocou uma mobilização na busca desta na atenção à saúde. Neste mesmo intuito, um banco de dados de processos e desfechos na área hospitalar foi iniciado em 1994 pela JCAHO, nos EUA, com a criação de um sistema de indicadores. ⁽¹⁰⁾

O Brasil ingressou na cultura pela busca da qualidade em 1941 através da criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH) do Ministério da Educação e Saúde (MES), que tinha por função coordenar, cooperar ou orientar os estudos e a solução dos problemas de assistência a saúde no país. Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o “Programa de Qualidade”, onde as atividades de melhoria passaram a ser consideradas estratégicas. Com o monitoramento de indicadores na área hospitalar iniciou-se o Programa de Qualidade Hospitalar (PQH).⁽¹⁴⁾ No mesmo ano (1994), foi lançado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS) pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de levantar indicadores de resultados; estabelecer um Programa Nacional de Acreditação; utilizar o gerenciamento da qualidade na administração em saúde; estabelecer protocolos clínicos; e avaliar a satisfação dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde.⁽¹⁵⁾ O PACQS evoluiu para a Organização Nacional de Acreditação, originando em 1999 a ONA.

Conceitos Gerais

Os conceitos de qualidade são os mais variados, dependendo do foco ser o cliente, o produto ou o administrador e mesmo do ponto de vista de quem a define.⁽¹⁶⁾ Eis alguns destes conceitos:

Qualidade consiste no grau de adequação de um bem ou serviço à necessidade de alguém.⁽¹⁷⁾

Qualidade é o grau de chance que os serviços de saúde aumentam em atingir desfechos desejados.⁽¹⁸⁾

Na área da saúde, é necessário organizar e estabelecer princípios de assistência, ofertando o cuidado esperado e tendo os resultados percebidos pelo cliente,⁽¹⁹⁾ garantindo desta forma as dimensões da qualidade, que são: qualidade intrínseca, entrega e custo, confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis, empatia e receptividade.⁽²⁰⁾ Donabedian descreveu sete pilares que norteiam e caracterizam a qualidade como: a eficiência (diminuir custos sem diminuir a efetividade); a efetividade (relação entre a melhoria possível e a efetividade obtida); a otimização (equilíbrio entre a melhoria da saúde e seu custo); a eficácia

(obtenção da melhoria do serviço pela utilização de tecnologia e ciência); a aceitabilidade (adequação dos cuidados de saúde às expectativas dos pacientes); a legitimidade (conformidade dos serviços com as preferências da comunidade expressas nos princípios éticos, valores e costumes); a equidade (conformidade com o princípio da justiça e honestidade no atendimento).⁽²¹⁾ Outros atributos ainda podem ser considerados importantes pelo cliente, sendo identificados através da pesquisa de opinião.^(20, 22) Porém não existe uma receita de qualidade, mas sim propostas de pensar e de promover um “estado mental” pessoal e corporativo, que possa tornar viável a qualidade dos serviços prestados pela instituição.⁽²³⁾

Prestação de Serviços

A prestação de serviços envolve vários processos, que são um conjunto de atividades ou funções estruturadas em uma seqüência lógica e temporal com objetivo definido. Os processos podem ser desenvolvidos por pessoas ou máquinas e visam transformar recursos, agregando valores.⁽²⁴⁾ A prestação de serviços é uma tarefa coletiva, focada na satisfação dos clientes internos e externos, dependente de processos adequados, de equipes capacitadas, interessadas e estimuladas ao aprendizado permanente e^(2, 23, 25) onde todos funcionários da organização estejam comprometidos com a qualidade.⁽²⁶⁾

Sendo a prestação de serviços fundamentada no desempenho humano, o treinamento se torna peça fundamental na capacitação dos funcionários, resultando numa atuação motivada e direcionada à qualidade. O treinamento deve ser permanente para todos os níveis organizacionais, sendo um elemento chave no desenvolvimento da cultura como também na aplicação da qualidade.⁽²⁰⁾

Qualidade Total em Serviços

a) Ferramentas da Qualidade

As ferramentas da qualidade são instrumentos que podem facilitar a realização dos processos e auxiliar na identificação das causas dos problemas,

contribuindo para o gerenciamento dos serviços. ⁽²⁾ São ferramentas da qualidade: indicadores; PDCA (*Plan, Do, Check, Act*); fluxogramas; folha de verificação; diagrama de causa e efeito; brainstorming; diagrama de Pareto; e outros. ^(21, 25)

b) Qualidade Percebida

Os serviços possuem dois componentes de qualidade: o serviço propriamente dito e a forma como é percebido pelo cliente, isto é, a qualidade percebida, ⁽²⁰⁾ crucial no momento de escolher um hospital dentre tantos outros. Na busca pela qualidade dos serviços, a assistência prestada é parte fundamental. ⁽²⁷⁾ Quando percebido pelo cliente, falhas graves de processos, pode ser fatal para a organização, porque dificilmente ele voltará a buscar atendimento, a não ser em uma questão de urgência ou de não ter escolha, sendo o fator confiabilidade decisivo no momento de decidir qual hospital escolher. ⁽²⁸⁾

c) Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico permite estabelecer diretrizes institucionais e fazer um diagnóstico da situação da empresa estabelecendo metas. ⁽²⁹⁾ Envolve definir as prioridades onde decisões difíceis precisam ser tomadas entre duas grandes questões: a necessidade de prestação de cuidados de saúde e serviços de qualidade e a verba disponível para isto. Não há fáceis soluções, portanto são necessários dados reais, como os provenientes dos indicadores, para facilitar a tomada de decisões. ^(30, 31, 20)

d) Balanced Scorecard (BSC)

Ou Indicadores Balanceados é uma ferramenta que possibilita desdobrar as ações definidas no planejamento estratégico e definir parâmetros que permitam monitorar a execução das ações pré-estabelecidas. O monitoramento é feito através de dados dos indicadores. Desenvolver o planejamento estratégico integrado com o BSC permite uma melhor avaliação dos resultados, conseqüentemente uma melhor avaliação das estratégias adotadas. ^(32, 25)

Indicadores

No século XIX, William Farr, realizou descrições e análises de saúde que foram, durante muito tempo, baseadas nos indicadores de mortalidade e sobrevivência. A necessidade de ponderar outras dimensões de um estado de saúde da população aumentou, exigindo mais indicadores. ⁽³³⁾

Os indicadores são formas de representação quantificável de processos e produtos, objetivam controlar e melhorar a qualidade e o desempenho dos mesmos. Algumas das utilidades dos indicadores são: embasar a análise crítica dos resultados e do processo de tomada de decisão; facilitar o planejamento e o controle do desempenho; ⁽³⁴⁾ identificar características e atributos que diferenciam um serviço daquele oferecido pela concorrência; conhecer a percepção do cliente externo; ⁽³⁵⁾ viabilizar a análise comparativa do desempenho da organização; ³⁵ diagnosticar os pontos fortes e fracos do serviço e avaliar comparativamente diferentes organizações. ⁽³⁷⁻³⁸⁾ Porém para serem úteis, os indicadores devem ser além de mensuráveis, realizáveis. ^(31, 39)

O desempenho de uma organização de saúde só pode ser significativamente melhorado se os resultados forem mensurados e se cada participante da organização se sentir responsável por estes resultados. ⁽⁴⁰⁾ Representando informações sobre as diferentes dimensões da saúde, os indicadores podem ser amplamente difundidos interna e externamente à instituição, ⁽²⁾ bem como revelar o desempenho do sistema de saúde. Visto em conjunto, estas medidas podem refletir e acompanhar informações de uma instituição, como também sobre a saúde de uma população. ⁽³³⁾

Os indicadores favorecem a construção de base de dados, um exemplo disso é o “National Health Service” britânico, que implementa, desde 1985, um sistema de avaliação com o objetivo de analisar 14 regionais de saúde. Esse sistema trabalha com indicadores de desempenho (exemplo: número de enfermeiras comunitárias por mil pessoas idosas), indicadores de resultado (exemplo: mortalidade perinatal), indicadores de processo (exemplo: taxa de cirurgias de prótese de quadril por mil pessoas idosas) tendo com objetivo a

acumulação progressiva de uma base de dados que promete análises cada vez mais expressivas. ⁽⁴¹⁾

Construção de indicadores

A elaboração de um indicador envolve desde a seleção do indicador, definição de responsáveis pela coleta, periodicidade de coleta, até o cálculo dos mesmos, entre outros. ⁽³³⁾ Não há uma regra definida para escolha de indicadores, este é um processo complexo, ⁽⁴²⁾ que deve envolver a opinião dos profissionais envolvidos no serviço, bem como dos clientes que o utilizam, definindo o que se quer medir e o porquê. Alguns dos métodos de levantamento de indicadores encontrados na literatura estão descritos abaixo:

- Método Delfos – consenso de especialistas envolvidos nos processos da área estudada. Não há contato presencial entre os participantes, a interação dá-se através da circulação das respostas individuais, sistematizadas sob a forma de resumo, enviada a cada nova interrogação. Para cada indicador define-se o objetivo, o produto e a meta. ⁽⁵⁾
- Método utilizado pela OPAS – indicadores construídos a partir da bases de dados e pesquisas de âmbito nacional. A construção leva em consideração a discussão dos indicadores básicos existentes, consultas técnicas sobre a relevância dos indicadores e a viabilidade de obtenção dos mesmos. ⁽⁴²⁾
- Método descrito por Kurcgant, Tronchin e Melleiro (2006) – Revisão bibliográfica, além de levar em consideração políticas assistenciais, educativas e gerenciais de saúde, missão, estrutura e organização da instituição, recursos humanos, estrutura física e financeira e expectativa dos clientes. ⁽⁴³⁾
- Método citado por Carvalho, Amorim e Tavares (2003) – Revisão bibliográfica e pesquisa de campo (utilizando questionário). ⁽⁴⁴⁾
- Experiência do Canadá nos processos de vigilância de saúde ambiental - construção de indicadores baseando-se em iniciativas como: mesa redonda e análise de indicadores já existentes. ⁽⁴⁵⁾

- Método descrito por Treviso et al (2008) – construção de indicadores a partir de bases de dados de indicadores já existentes, e pesquisas utilizando-se questionário, inclusão de todos envolvidos nos processos administrativos e assistenciais – profissionais e pacientes. A construção pode levar em conta também consultas com experts nos processos envolvidos. ⁽⁴⁶⁾

Características dos indicadores

O indicador precisa ter um nome, definição, finalidade, fórmula de cálculo, periodicidade de mensuração e meta. ⁽⁴⁷⁾ Além de ter uma metodologia definida para a coleta de dados, ter processos padronizados, recursos humanos motivados e capacitados, tecnologia de informação, revisão de processos, estrutura física, organizacional e material adequada além de outros fatores. ^(6, 48)

Esta ferramenta depende da precisão dos sistemas de informação utilizados como registros, coletas e divulgação dos dados. A excelência dos indicadores pode ser definida pelas seguintes características: exatidão dos dados; confiabilidade ou objetividade (mesmas medidas podem ser coletadas por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento); simplicidade (facilidade de coleta e registro dos dados); pertinência ou especificidade (estar correlacionado ao fenômeno que está sendo avaliado); validade (ser efetivo na medição do fenômeno que está sendo examinado); e sensibilidade (capaz de detectar as variações no comportamento do fenômeno que está sendo avaliado). ^(36, 39) Os indicadores como a coleta e o processamento dos dados devem respeitar princípios éticos. A coleta dos dados deve se dar preferencialmente através da observação e dos processos de rotina do serviço, ser sistematizada, contínua e em tempo real pré-determinado. ^(39, 33) Podendo-se para isto, utilizar recursos como formulários, planilhas e/ou *softwares*. ⁽²⁾ Os dados precisam ser fidedignos, as medições inadequadas e a falta de critérios na periodicidade de obtenção dos dados podem gerar resultados não representativos e diagnósticos tardios. ^(49, 2) É importante ressaltar que os processos têm que ser medidos considerando todo o ciclo de atendimento, por isso não medir só custos e receita, mas também

indicadores assistenciais e de qualidade percebida, permitindo se ter uma visão holística da situação organizacional e dos serviços que estão sendo prestados. ⁽³⁷⁾

Exemplos de indicadores da área hospitalar

Indicadores de gestão: Índice de acidentes de trabalho; horas de treinamento; tempo de internação; receita; custo; absenteísmo. ⁽⁵⁰⁾

Indicadores assistenciais: índice de infecção hospitalar; taxa de mortalidade; tempo de permanência (internação e UTI); complicações cirúrgicas. ^(50, 39)

Indicadores de satisfação: avaliação da satisfação do cliente interno e avaliação da satisfação do cliente externo. ^(50, 39)

Alguns Programas de Avaliação da Qualidade no Brasil

- Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP), criado pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul. ⁽⁵¹⁾
- Prêmio Nacional da Qualidade, organizado pela Fundação Nacional de Qualidade. ⁽⁵²⁾
- Programa de Qualidade no Serviço Público – PQSP, criado pelo Governo Federal. ⁽⁵³⁾
- Prêmio de acreditação, organizado pela JCAHO. ⁽⁶⁾
- Certificação da ONA, realizado pela Organização Nacional de Acreditação. ⁽⁵⁴⁾

Além destes existem ainda outros programas de qualidade, não abordados neste estudo.

DISCUSSÃO

Para a implantação de um programa de qualidade, é necessário trabalhar algumas questões como o marketing interno, o treinamento, a comunicação e a mudança cultural da empresa, que é quase um movimento de revolução, ⁽⁵⁴⁾ além disto, é necessário pesquisar tanto o ambiente interno, como o externo, buscando

ouvir os clientes, conhecer suas necessidades, o que esperam da empresa, e seu nível de satisfação. ⁽¹⁷⁾

Após a escolha de um modelo de gestão de qualidade, faz-se importante envolver, senão comprometer toda equipe administrativa e funcional. Não se faz qualidade em serviços sozinho, é necessário o envolvimento de toda instituição, sendo este um trabalho permanente.

É possível que a implantação de programas de melhoria da qualidade seja dificultada por questões educacionais como: falta de hábito dos funcionários de compreender e alimentar os registros, de utilizar as ferramentas da qualidade, mesmo as mais básicas como os formulários de registro de intercorrências assistenciais e até por questões culturais, visto ser necessário mudar toda uma cultura existente estagnada, onde os funcionários realizam os processos de forma automática há muito tempo. Esta é uma mudança difícil, que leva tempo e exige muita paciência por parte dos “inovadores”. Porém é uma barreira que pode ser transposta quando realmente se busca a qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gerenciamento pela qualidade dos serviços de saúde é o foco principal das instituições de saúde, que buscam oferecer serviços com diminuído custo, porém que satisfaçam seus clientes, mantendo assim sua sustentabilidade. O gerenciamento pela qualidade dispõe de várias ferramentas que podem trazer maior controle e qualidade dos processos.

Para a construção de indicadores que possam auxiliar no gestão de processos, não encontrou-se uma regra definida, mas um consenso de que deve haver o envolvimento, a participação dos profissionais envolvidos no serviço que se quer gerenciar, bem como dos clientes que o utilizam, definindo o que se quer medir e o porquê, seguindo os princípios da qualidade.

Os indicadores podem auxiliar as instituições de saúde na busca pela qualidade, no controle dos processos, na estruturação de um banco de dados

confiável e útil para o planejamento estratégico e para a tomada de decisões, sempre tão difíceis nos tempos atuais, em que se busca a qualidade dos serviços prestados e auto-sustentação da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Souza C. Clientividade: a chave para aumentar a competitividade. [citado jan 6 2009]. Disponível em: <http://www.mmrbrasil.com.br/artigos/10.pdf>
2. Carvalho COM, Manfredi SR, Canziani MEF. Qualidade em diálise. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LF. Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Cap. 38.
3. Lee, R; et al. Qualidade em prestação de serviços. Rio de Janeiro. Ed. Senac Nacional; 2ª edição; 2001.
4. Manfredi SR. Implantação e aplicação prática do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade em uma Unidade Satélite de Hemodiálise [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000.
5. Mangarinos-Torres R, Osório-de-Castro CGS, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. Cad Saúde Pública [serial online] 2007;23(8):1791-1802. [citado jan 9 2009] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800006&lng=en&lng=en&nrm=iso
6. Poch E, Felip A, Davins J, Coca A. Indicadores de calidad en unidades asistenciales de hipertensión arterial en España : indicadores de estructura en el estudio QUALIHTA . Rev Clín Esp. 2006;206(11): 541-8.
7. Fernandes DR. Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. Rev FAE. 2004;7(1):1-18. [citado 6 jan 2009] Disponível em: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v7_n1/rev_fae_v7_n1_01_dejair.pdf
8. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
9. Bittar OJNV. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Rev Assoc Med Bras (1992). 2000;46(1):70-6.
10. Quinto Neto A. Processo de acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
11. Diego LAS. O Anestesiologista e o processo de acreditação hospitalar. In: Cavalcanti I, Cantinho F, Assad A. Medicina perioperatória. Cap. 113 p.1001-8. [citado jan 9 2009] Disponível em: http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/113%20-%20O%20ANESTESIOLOGISTA%20E%20O%20PROCESSO%20DE%20ACREDITACO%20HOSPITA.pdf
12. Feldman LB, Cunha ICKO. Identificación de los criterios de evaluación de resultados para el servicio de enfermería en programas de acreditación

- hospitalaria. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006;14(4):540-5. [citado jan 9 2009] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
13. Schiesari LMC, Kisil M. A Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. Rev Adm Saúde. 2003;5(18):7-17. [citado 11 jan 2009] Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/2005_7_21_RAS18_Avaliacao_da_qualidade.pdf
 14. Ramos JR. Programa de qualidade em cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [Editorial]. Rev Col Bras Cir. 2007;34(3):141. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n3/a01v34n3.pdf>
 15. Klück M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. Rev Adm Saúde. 2002;4(16):27-32. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS16.pdf>
 16. Juran JM, Gryna FM. Controle de qualidade. São Paulo: Makron; 1991-3. v.1.
 17. Institute of Medicine. Division of Health Care Services. Measuring the quality of health care: a statement by the National Roundtable on Health Care Quality. Washington: National Academy Press; 1999.
 18. Gullo A. Controllo postoperatorio: principi, organizzazione, qualità delle cure. Definizione del rischio, medicina basata sull'evidenza, audit e qualità delle cure. Minerva Anesthesiol. 2006;72(4);177-181. [citado 11 jan 2009] Disponível em: <http://www.minervamedica.it/index2.t?show=R02Y2006N04A0171>
 19. Las Casas AL. Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos. 5ª.ed. São Paulo: Atlas; 2006.
 20. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: J. C. Mezomo; 1994.
 21. Russel RS, Taylor BW. Operations management: quality and competitiveness in a global environment. 5th.ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2006.
 22. Guaragna EVC. Desmistificando o aprendizado organizacional: conhecendo e aplicando os conceitos para alcançar a eficiência e a competitividade. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2007.
 23. Rodrigues MV. Entendendo, aprendendo, desenvolvendo qualidade padrão Seis Sigma. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
 24. Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva; 1990.
 25. SANTOS V, NITRINI SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 2004;38(6):819-4. [citado 11 jan 2009] Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600010&script=sci_arttext

26. Ferrari D, Carneiro C. Conceito de marketing em UTI: prestação de serviços como ferramenta mercadológica. *Rev Intensiva*. 2007;2(10):20-2.
27. Kardec A, Flores J, Seixas ES. *Gestão estratégica e indicadores de desempenho*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2002.
28. Kafiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bull World Health Organ*. 2004;82(3):172-9.
29. Van Waeleghem JP, Edwards P. *European Standards for Nephrology Nursing Practice*. Zürich: EDTNA/ERCA; 1995.
30. Abreu RCL. *T & D: uma abordagem organizacional, por gerenciamento de projetos*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
31. Pan American Health Organization. Special Program for Health Analysis. *Health Indicators: building blocks for health situation analysis*. *Epidemiol Bull*. 2001;22(4):1-5.
32. Takashina NT, Flores MCX. *Indicadores da qualidade e do desempenho: como estabelecer metas e medir resultados*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1999.
33. Fundação Nacional da Qualidade. *Conceitos fundamentais da excelência em gestão*. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade; 2006.[32 p.] [citado 2009 jan 11]. Disponível em: http://www.fnq.org.br/Portals/_FNQ/Documents/ebook-ConceitosFundamentais.pdf
34. Brasil. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). *Elaboração de indicadores de desempenho institucional: apostila de apoio*. Brasília: ENAP Cursos; 2006.
35. Boemeke AM, Jobim MSS, Formoso CT. Indicador de qualidade: nível de satisfação do usuário. In: VI Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído (ENTAC): tecnologia e qualidade na habitação. Anais: Rio de Janeiro (RJ) 1995. v.1 p.103-9.
36. Societat Catalana de Medicina d'Urgència, Fundació Avedis Donabedian. *Servicios de urgencias: indicadores para medir os criterios de calidad de la atención sanitaria*. Estudio financiado por la convocatoria de investigación AATM-1998 promovida por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques y el Servei Català de la Salut. Barcelona; 2001. [citado 9 jan 2009] Disponível em: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf>
37. Kluck M. *Indicadores de qualidade para assistência hospitalar*. CIH Hoefel e colaboradores: controle e prevenção de infecções humanas. Porto Alegre:

FAMED/UFRGS; VPM/HCPA. [7p.]. [citado 2009 dez 12]. Disponível em: <http://www.cih.com.br/>

38. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookmam; 2007.
39. Azevedo AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 1991;25(1):64-71.
40. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
41. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta Paul Enferm. 2006;19(1):88-91.
42. Carvalho LR, Amorim SL, Tavares MF. Sistema de indicadores de qualidade como ferramenta de gestão em um restaurante universitário: estudo de caso [6 p.]. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP) 2003 out 21-24; Ouro Preto (MG), Brasil; 2003. [citado 2009 jan 11]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0207_0964.pdf
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Relatório Final. OPAS: Simpósio Internacional sobre a construção de indicadores para a Gestão Integrada em Saúde Ambiental; 2004 jun 17-18; Recife (PE), Brasil; 2004.. [citado 2009 dez 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final_recife.pdf
44. Treviso, P; Brandão, FH; Saitovitch, D. Desenvolvimento de um sistema de indicadores para um serviço de transplante renal [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina/ PUCRS; 2008.
45. Brasil. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Elaboração de indicadores de desempenho institucional: apostila de apoio. Brasília: ENAP Cursos; 2006.
46. Maranhão M. ISO série 9000: versão 2000: Manual de implementação: o passo-a-passo para solucionar o quebra-cabeça da gestão. 8ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
47. Silveira JST, Porto MBS, Silva SC, Tubino DF, Régis Filho GI, Lopes MC. Qualidade em serviços: considerando o fator qualidade para determinar o real desempenho hospitalar. Florianópolis (SC): Associação Brasileira de Engenharia de Produção (ABEPRO); c2002. [9 p.] [citado 2009 jan 11] Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1997_T4301.PDF
48. Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH). [citado 2008 abril]. Disponível: <http://www.sipageh.unisinos.br>

49. Ribeiro RS, Morosini MC. O curso GQT e a implantação da qualidade total na administração pública indireta no RGS: o caso PROSAC. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Administração/ UFRGS; 1998.
50. Fundação Nacional da Qualidade. Critérios de excelência. São Paulo: A Fundação; 2007.
51. Almeida HMS. Programa de qualidade do Governo Federal aplicado à saúde. Rev Adm Saúde. 2001;3(12):5-10.
52. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva. Brasília: ONA; 2004. [Coleção Manuais de Acreditação ONA, v.4]

APÊNDICE 6. Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais.

Primeiro autor:

Patricia Inacio

Título do manuscrito:

Construção de indicadores: Uma das ferramentas de gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde.

1. Declaração de Responsabilidade _ Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade nos termos abaixo:

- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.

- Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.

- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

No caso de artigos com mais de seis autores a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:

- Certifico que (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

Assinatura do(s) autor(es) Data:

David Saitowitz
 FLAVIO HENRIQUE BARBOZA BRANDÃO

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais.

Primeiro autor:

Patricia Trevio

Título do manuscrito:

Construção de indicadores: uma das ferramentas do gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde.

1. Declaração de Responsabilidade _ Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade nos termos abaixo:

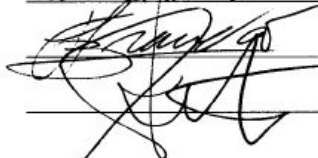
- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.
- Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.
- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

No caso de artigos com mais de seis autores a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:

- Certifico que (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

Assinatura do(s) autor(es) Data: 07.01.09

Patricia Trevio



DAVID BRANDÃO

DAVID SAITOVIK

2. Transferência de Direitos Autorais _ Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Latino-Americana de Enfermagem, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Assinatura do(s) autor(es) Data: 07/03/09

Patricia Trevisi

Flavio Brandão

FLAVIO BRANDÃO

David Saitowitz

DAVID SAITOWITZ

Porto Alegre, 07 de janeiro de 2009.

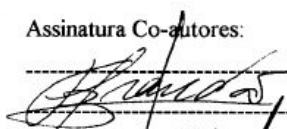

Prezados Senhores:

Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.

Não há conflito de interesses neste trabalho.

O manuscrito foi lido e aprovado por todos os co-autores. As exigências de autoria foram atendidas e cada co-autor realmente acredita que o manuscrito representa um trabalho honesto.

Assinatura Co-autores:

 FLAVIO BRANDÃO
 DAVI SARTORI

Correspondência:

Patrícia Treviso

Patrícia Treviso

Rua Franklin, 240E/108

Porto Alegre – RS

Cep 91210-060

Fone: [55] (51) 96441456; E-mail: *ptreviso@ibest.com.br*

APÊNDICE 7. Recibo de Submissão do Artigo de Revisão.

Envio de Artigos

Confirmação de envio de novos artigos.

**Artigo submetido com sucesso.
Número do protocolo: 865**

Caso o artigo seja sobre investigação que envolva sujeitos humanos, o autor principal deverá anexar cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou a pesquisa. Caso contrário, o autor principal deve anexar ofício declarando que a pesquisa não envolve sujeitos humanos.

É fundamental a apresentação da declaração de transferência de direitos autorais, concordando que os direitos autorais se tornarão propriedade exclusiva da RLAE. .

**Revista Latino-Americana de Enfermagem
Av. Bandeirantes, 3900
CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil**

APÊNDICE 8. Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO 1 - Profissionais ASSISTENCIAIS

Dados de identificação:

Sexo: F () M () **Idade:** _____ **Profissão:** _____

Grau de instrução:

() 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo () Pós-graduação

▪ **Há quanto tempo trabalha com transplante renal?**

() 1 a 3 anos () até cinco anos () até dez anos () mais de dez anos

Área de atuação:

() ambulatório () unidade internação () bloco cirúrgico () todas citadas

- Neste questionário consideramos que fazem parte do serviço de transplante renal, as unidades: ambulatório, unidade de internação e bloco cirúrgico e sala de recuperação que atendem pacientes transplantados renais ou que estão na lista para o transplante renal. -

1. Em sua opinião, quais indicadores podem ser utilizados para um serviço de transplante renal? Dê um grau de importância de 1 a 5 para cada indicador descrito abaixo: (1- não importante, 2- pouco importante, 3- indiferente, 4- importante, 5- extremamente importante).

Índice de infecção hospitalar	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Taxa de mortalidade	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Tempo de permanência (internação e UTI)	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Complicações cirúrgicas	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Índice de complicações pós-transplante	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Índice de rejeição	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Taxa de intercorrências assistenciais	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Índice de reinternações	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Avaliação da satisfação do cliente interno	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Avaliação da satisfação do cliente externo	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2. Em sua opinião, os indicadores descritos acima, são suficientes para um serviço de transplante renal?

3. Qual(is) indicador(es) você sugeriria além destes descritos?

APÊNDICE 9. Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO 2 – Profissionais ADMINISTRATIVOS

Dados de identificação:

Sexo: F () M () **Idade:** _____ **Profissão:** _____

Grau de instrução:

() 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo () Pós-graduação

▪ **Há quanto tempo trabalha com transplante renal?**

() 1 a 3 anos () até cinco anos () até dez anos () mais de dez anos

Área de atuação:

() ambulatório () unidade internação () bloco cirúrgico () todas citadas

- Neste questionário consideramos que fazem parte do serviço de transplante renal, as unidades: ambulatório, unidade de internação e bloco cirúrgico e sala de recuperação que atendem pacientes transplantados renais ou que estão na lista para o transplante renal. -

1. Em sua opinião, quais indicadores podem ser utilizados para um serviço de transplante renal? Dê um grau de importância de 1 a 5 para cada indicador descrito abaixo: (1- não importante, 2- pouco importante, 3- indiferente, 4- importante, 5- extremamente importante).

Índice de acidentes de trabalho	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Horas de treinamento	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Tempo de internação	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Taxa de ocupação	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Receita	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Custo	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Absenteísmo	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Nº de doadores / mês	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Nº de transplantes realizados	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Avaliação da satisfação do cliente interno	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Avaliação da satisfação do cliente externo	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2. Em sua opinião, os indicadores descritos acima, são suficientes para um serviço de transplante renal?

3. Qual(is) indicador(es) você sugeriria além destes descritos?

APÊNDICE 10. Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO 3 - Pacientes ambulatoriais - PRÉ-TRANSPLANTE.

Dados de identificação:

Sexo: F () M () **Idade:** _____ **Profissão:** _____ **Aposentado?** Sim () Não ()

Grau de instrução:

() 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo

() 3 grau completo () 3º grau incompleto () Pós-graduação

Tempo em que está na fila de espera do transplante:

() até 6 meses () até um ano () Mais de um ano

- Neste questionário consideramos que fazem parte do serviço de transplante renal, as unidades: ambulatório, unidade de internação e bloco cirúrgico que atendem pacientes transplantados renais ou que estão na lista para o transplante renal. -

1. Você está satisfeito com o serviço de transplante renal:

a) Em relação ao ambulatório? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

b) Em relação à unidade de internação? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

c) Em relação aos profissionais de saúde que o atendem neste hospital?

() Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

2. Quais os aspectos que você considera importante para que o Programa de transplante funcione com qualidade?

3. Em sua opinião, qual a importância dos seguintes fatores na qualidade dos serviços de transplantes? Numere de 1 a 5 (1- não importante, 2- pouco importante, 3- indiferente, 4-importante, 5- extremamente importante).

() **confiabilidade** (médicos e funcionários fornecendo o que foi prometido de forma segura e precisa)

() **segurança** (médicos e funcionários atendendo de forma segura, confiante e com educação).

() **aspectos tangíveis** (aparência e qualidade das instalações físicas, dos equipamentos, uniforme e apresentação dos médicos e funcionários)

() **empatia** (médicos e funcionários atendendo o paciente com cuidado, atenção e sensibilidade)

() **receptividade** (médicos e funcionários atendendo o paciente com disposição e presteza)

APÊNDICE 11. Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO 3.1 - Pacientes internados - PRÉ-TRANSPLANTE

Dados de identificação:

Sexo: F () M () **Idade:** _____ **Profissão:** _____ **Aposentado?** Sim () Não ()

Grau de instrução: () 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2º grau incompleto

() 2º grau completo () 3 grau completo () 3º grau incompleto () Pós-graduação

Tempo em que está na fila de espera do transplante:

() até 6 meses () até um ano () Mais de um ano

- Neste questionário consideramos que fazem parte do serviço de transplante renal, as unidades: ambulatório, unidade de internação e bloco cirúrgico que atendem pacientes transplantados renais ou que estão na lista para o transplante renal. -

4. Você está satisfeito com o serviço de transplante renal:

a) Em relação ao ambulatório? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

b) Em relação à unidade de internação? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

c) Em relação aos profissionais de saúde que o atendem neste hospital?
() Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

5. Quais os aspectos que você considera importante para que o Programa de transplante funcione com qualidade?

6. Em sua opinião, qual a importância dos seguintes fatores na qualidade dos serviços de transplantes? Numere de 1 a 5 (1- não importante, 2- pouco importante, 3- indiferente, 4-importante, 5- extremamente importante).

() **confiabilidade** (médicos e funcionários fornecendo o que foi prometido de forma segura e precisa)

() **segurança** (médicos e funcionários atendendo de forma segura, confiante e com educação)

() **aspectos tangíveis** (aparência e qualidade das instalações físicas, dos equipamentos, uniforme e apresentação dos médicos e funcionários)

() **empatia** (médicos e funcionários atendendo o paciente com cuidado, atenção e sensibilidade)

() **receptividade** (médicos e funcionários atendendo o paciente com disposição e presteza).

APÊNDICE 12. Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO 3.1 - Pacientes ambulatoriais - PÓS - TRANSPLANTE.

Dados de identificação:

Sexo: F () M () **Idade:** _____ **Profissão:** _____ **Aposentado?** Sim () Não ()
Grau de instrução: () 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2º grau incompleto ()
 2º grau completo () 3 grau completo () 3º grau incompleto () Pós-graduação
Tempo de transplantado: () até 6 meses () até um ano () Mais de um ano

- Neste questionário consideramos que fazem parte do serviço de transplante renal, as unidades: ambulatório, unidade de internação e bloco cirúrgico que atendem pacientes transplantados renais ou que estão na lista para o transplante renal.

1. Você está satisfeito com o serviço de transplante renal:

a) Em relação ao ambulatório? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

b) Em relação à unidade de internação? () Sim () Não
 Teria alguma sugestão de melhoria?

c) Em relação ao bloco cirúrgico e sala de recuperação? () Sim () Não
 Teria alguma sugestão de melhoria?

d) Em relação aos profissionais de saúde que o atendem neste hospital?
 () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

2. Quais os aspectos que você considera importante para que o Programa de transplante funcione com qualidade?

3. Em sua opinião, qual a importância dos seguintes fatores na qualidade dos serviços de transplantes? Numere de 1 a 5 (1- não importante, 2- pouco importante, 3- indiferente, 4-importante, 5- extremamente importante).

() **confiabilidade** (médicos e funcionários fornecendo o que foi prometido de forma segura e precisa)

() **segurança** (médicos e funcionários atendendo de forma segura, confiante e com educação)

() **aspectos tangíveis** (aparência e qualidade das instalações físicas, dos equipamentos, uniforme e apresentação dos médicos e funcionários)

() **empatia** (médicos e funcionários atendendo o paciente com cuidado, atenção e sensibilidade)

() **receptividade** (médicos e funcionários atendendo o paciente com disposição e presteza).

APÊNDICE 13. Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO 3.1 - Pacientes internados - PÓS - TRANSPLANTE.

Dados de identificação:

Sexo: F () M () **Idade:** _____ **Profissão:** _____ **Aposentado?** Sim () Não ()

Grau de instrução: () 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3 grau completo () 3º grau incompleto () Pós-graduação

• **Tempo de transplantado:** () até 6 meses () até um ano () Mais de um ano

- Neste questionário consideramos que fazem parte do serviço de transplante renal, as unidades: ambulatório, unidade de internação e bloco cirúrgico que atendem pacientes transplantados renais ou que estão na lista para o transplante renal.

1. Você está satisfeito com o serviço de transplante renal:

a) Em relação ao ambulatório? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

b) Em relação à unidade de internação? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

c) Em relação ao bloco cirúrgico e sala de recuperação? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

d) Em relação aos profissionais de saúde que o atendem neste hospital? () Sim () Não Teria alguma sugestão de melhoria?

2. Quais os aspectos que você considera importante para que o Programa de transplante funcione com qualidade?

3. Em sua opinião, qual a importância dos seguintes fatores na qualidade dos serviços de transplantes? Numere de 1 a 5 (1- não importante, 2- pouco importante, 3- indiferente, 4-importante, 5- extremamente importante).

() **confiabilidade** (médicos e funcionários fornecendo o que foi prometido de forma segura e precisa)

() **segurança** (médicos e funcionários atendendo de forma segura, confiante e com educação)

() **aspectos tangíveis** (aparência e qualidade das instalações físicas, dos equipamentos, uniforme e apresentação dos médicos e funcionários)

() **empatia** (médicos e funcionários atendendo o paciente com cuidado, atenção e sensibilidade)

() **receptividade** (médicos e funcionários atendendo o paciente com disposição e presteza).

APÊNDICE 14. Conceito de Indicadores

Conceito de indicadores: “Indicadores são formas de representação quantificável de características de produtos ou processos, utilizados para acompanhar e estabelecer melhorias nos resultados”. (ENAP - Escola Nacional de Administração Pública)

❖ Tipos de indicadores descritos no trabalho: “Indicadores de Qualidade em Transplante Renal”.

Indicadores de gestão:

- Índice de acidentes de trabalho – número de acidentes de trabalho ocorridos num determinado período de tempo.
- Horas de treinamento – número de horas de treinamento por funcionário num determinado período de tempo.
- Tempo de internação - número de dias em que o paciente permanece internado.
- Taxa de ocupação – número de atendimentos frente à capacidade existente (internação, procedimentos cirúrgicos, consultas, etc).
- Receita – valor financeiro resultante dos serviços prestados pela instituição.
- Custo – valor financeiro gasto pela instituição.
- Absenteísmo – dias e horas não trabalhados resultantes de faltas e atestados.
- Nº de doadores – número de doações de órgãos num determinado período de tempo.
- Nº de transplantes realizados – número de transplantes renais realizados num determinado período de tempo.

Indicadores assistenciais:

- Índice de infecção hospitalar – numero de ocorrências de infecção hospitalar em pacientes atendidos na instituição, num determinado período de tempo.
- Taxa de mortalidade – percentagem de óbitos ocorridos na instituição por diferentes causas, num determinado período de tempo.
- Tempo de permanência (internação e UTI) – número de dias em que o paciente permanece internado num determinado período de tempo.
- Complicações cirúrgicas – número de ocorrências de complicações cirúrgicas num determinado período de tempo.
- Índice de complicações pós-transplante – número de ocorrências de complicações pós-transplante num determinado período de tempo.
- Índice de rejeição – número de rejeições do órgão transplantado (rim) num determinado período de tempo.
- Índice de intercorrências assistenciais – número de ocorrências não desejadas relacionadas à assistência ao paciente, num determinado período de tempo.
- Índice de reinternações – número de repetições de internação do paciente transplantado, num determinado período de tempo.
- Índice de retorno à diálise – número de pacientes que necessitam0 retornar à diálise após o transplante, num determinado período de tempo.

Indicadores de satisfação:

- Avaliação da satisfação do cliente externo - pesquisa de opinião do paciente e do acompanhante, para conhecer sua satisfação em relação aos serviços prestados na instituição.
- Avaliação da satisfação do cliente interno – pesquisa de opinião dos funcionários da instituição, para conhecer sua satisfação em relação à política de trabalho e aos serviços e processos desenvolvidos na instituição.

ANEXOS

ANEXO A. Aprovação comitê de ética

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0907/07-CEP

Porto Alegre, 08 de agosto de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03709, intitulado: **"Indicadores de qualidade em transplante renal"**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente



Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) David Saitovitch
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO B. Relação de indicadores do HSL da PUCRS

- Absenteísmo
- Absenteísmo por doença e acidente de trabalho
- Turnover
- Taxa de desligamento
- Efetivação
- Prazo médio de preenchimento de vagas
- Efetivo Médio
- Salário Médio
- Remuneração Média
- Horas Extras Contratuais Pagas (%)
- Horas Extras Eventuais Pagas (%)
- Percentual da folha de pagamento sobre receita líquida
- Horas de treinamento por funcionário - Educação continuada
- Reclamações trabalhistas em andamento (%)
- Acidentes de trabalho "biológico" pelo efetivo médio
- Acidentes de trabalho "trajeto" pelo efetivo médio
- Acidentes de trabalho "outros" pelo efetivo médio
- Acidentes de trabalho "total" pelo efetivo médio (%)
- Taxa de Frequência Total de Acidentes de Trabalho
- Taxa de Gravidade dos Acidentes de Trabalho
- Investimento em EPI per capita
- Percentual de Afastados por Licença Saúde
- Percentual de Afastados por Acidente de Trabalho
- Absenteísmo Higienização
- Absenteísmo Nutrição
- Absenteísmo Lavanderia / Rouparia
- Absenteísmo Segurança Patrimonial
- Tempo de permanência hospitalar (internação e UTI)
- Taxa de ocupação
- Receita
- Custo
- Avaliação da satisfação do cliente externo
- Índices de infecção hospitalar
- Taxa de mortalidade
- Grau de dependência do paciente internado

ANEXO C. Relação de indicadores padronizados pelos SIPAGEH

Indicadores com foco nos CLIENTES:

- Índice de satisfação
- Clientes do SUS
- Clientes particulares e de convênios

Indicadores com foco nos RECURSOS HUMANOS:

- Turnover
- Absenteísmo
- Índice de frequência de acidentes de trabalho
- Horas de treinamento por funcionário

Indicadores com foco nos PACIENTES:

- Tempo médio de permanência
- Geral
- Obstétrica
- Pediátrica
- Taxa de mortalidade
- Geral
- Obstétrica
- Pediátrica
- Taxa mensal de cesarianas
- Índice de infecção hospitalar na corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central em cirurgias limpas

Indicadores com foco no HOSPITAL:

- Taxa de ocupação de leitos
- Margem líquida

ANEXO D. Comparação entre os profissionais assistenciais em relação ao tempo de trabalho na área de transplante quanto às questões relacionadas aos indicadores assistenciais

Tabela 1 – Comparação entre os profissionais assistenciais em relação ao tempo de trabalho na área de transplante quanto às questões relacionadas aos indicadores assistenciais.

Questões	até 3 anos	até 5 anos	Até 10 anos	Mais de 10 anos	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Indicadores					
Índice de Infecção hospitalar					
Importante (itens 4e 5)	21 (100,0)	10 (100)	5 (83,3)	11 (91,7)	0,124
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	0 (0)	1 (16,7)	1 (8,3)	
Taxa de Mortalidade					
Importante (itens 4e 5)	19 (90,5)	9 (90%)	6 (100,0)	11 (91,7)	0,756
Não importante (itens 1,2 e 3)	2 (9,5)	1 (10%)	0 (0)	1 (8,3)	
Tempo de permanência (UI/UTI)					
Importante (itens 4e 5)	20 (95,2)	7 (70,0%)	6 (100,0)	11 (91,7)	0,975
Não importante (itens 1,2 e 3)	1 (4,8)	3 (30,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	
Complicações cirúrgicas					
Importante (itens 4e 5)	20 (95,2)	10 (100,0)	6 (100,0)	11 (91,7)	0,712
Não importante (itens 1,2 e 3)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0%)	1 (8,3)	
Complicações pós-transplante					
Importante (itens 4e 5)	21 (100,0)	10 (100,0)	6 (100,0)	11 (91,7)	0,138
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	
Índice de Rejeição					
Importante (itens 4e 5)	21 (100,0)	10 (100,0)	6 (100,0)	10 (83,3)	0,034
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (16,7)	
Intercorrências assistenciais					
Importante (itens 4e 5)	21 (100,0)	9 (90,0)	6 (100,0)	10 (83,3)	0,096
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	2 (16,7)	
Índice de reinternações					
Importante (itens 4e 5)	20 (95,2)	8 (80,0)	5 (83,3)	11 (91,7)	0,680
Não importante (itens 1,2 e 3)	1 (4,8)	2 (20,0)	1 (16,7)	1 (8,3)	
Satisfação cliente interno					
Importante (itens 4e 5)	17 (81,0)	9 (90,0)	6 (100,0)	9 (81,8)	0,732
Não importante (itens 1,2 e 3)	4 (10,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	
Satisfação cliente externo					
Importante (itens 4e 5)	19 (90,5)	9 (90,0)	6 (100,0)	10 (90,9)	0,803
Não importante (itens 1,2 e 3)	2 (9,5)	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	
Indicadores suficientes					
Sim	13 (61,9)	5 (50,0%)	3 (50,0)	3 (25,0)	0,052
Não	8 (38,1)	5 (50,0)	3 (50,0)	9 (75,0)	

* Teste qui-quadrado de tendência linear

ANEXO E. Comparação entre os profissionais administrativos em relação ao tempo de trabalho na área de transplante quanto às questões relacionadas aos indicadores administrativos.

Tabela 2 – Comparação entre os profissionais administrativos em relação ao tempo de trabalho na área de transplante quanto às questões relacionadas aos indicadores administrativos.

Questões	Até 3 anos	Até 5 anos	Até 10 anos	Mais de 10 anos	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Indicadores					
Índice de acidentes de trabalho					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	2 (40,0)	1 (50,0)	1 (33,3)	0,486
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (50,0)	2 (66,6)	
Horas de treinamento					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	4 (80,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	0,516
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tempo de permanência (UI/UTI)					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	3 (60,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	0,333
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Taxa de ocupação					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	4 (80,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	0,516
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Receita					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	4 (80,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	0,516
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Custo					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	5 (100%)	2 (100%)	3 (100,0)	†
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0,0)	
Absenteísmo					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	2 (40,0)	1 (50,0)	2 (66,7)	0,915
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (50,0)	1 (33,3)	
Número de doadores					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	4 (80,0)	1 (50,0)	3 (100,0)	0,836
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	
Número de transplantes realizados					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	5 (100,0)	1 (50,0)	3 (100,0)	0,710
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	
Satisfação cliente interno					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	5 (100,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	†
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Satisfação cliente externo					
Importante (itens 4e 5)	1 (100)	4 (80,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	0,516
Não importante (itens 1,2 e 3)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

* Teste qui-quadrado de tendência linear

† Não houve significância estatística

ANEXO F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
Pró – Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – PUCRS

Porto Alegre, 21 de novembro de 2007

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O trabalho intitulado “Indicadores de Qualidade em Transplante Renal” tem como objetivos identificar os principais indicadores de qualidade em transplante renal e propor um programa de melhoria contínua da qualidade em transplante renal, a partir dos indicadores levantados. **Este trabalho é uma dissertação para conclusão do Curso de Mestrado em Medicina – Ciências Médicas – PUCRS.**

O senhor (a) será solicitado (a) a responder um questionário sobre indicadores de qualidade, que permitirá avaliar os critérios de qualidade para um serviço de transplante renal. A sua resposta não acarretará riscos ou desconforto potencial.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96 MS, declaro que fui esclarecido de forma clara e detalhado, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, do objetivo, da justificativa e da pesquisa que serei submetido.

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida a cerca do procedimento e outros assuntos relacionados à pesquisa;
- Liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade.

A pesquisadora responsável por este trabalho de pesquisa é Patrícia Treviso (3386-1514 / 96441456 / ptreviso@ibest.com.br), orientada pelo Profº Dr. David Saitovich, **tendo este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.**

Eu, _____ concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Patrícia Treviso (Pesquisadora)
Contato: 3386-1514 / 96441456
ptreviso@ibest.com.br

Participante da pesquisa

Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS: 3320-3345

Grata pela sua colaboração.

OBS.: 1ª Via do participante da pesquisa e 2ª Via do pesquisador.