

MANUAL DA QUALIDADE

IMPLANTAÇÃO DA FASE INTRODUTÓRIA DO
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE NAS
UNIDADES HOSPITALARES PRÓPRIAS
DO ESTADO DO TOCANTINS

SUPERINTENDÊNCIA DE UNIDADES HOSPITALARES PRÓPRIAS
DIRETORIA DE QUALIDADE HOSPITALAR

SUPERINTENDENTE DE UNIDADES HOSPITALARES PRÓPRIAS

Elaine Negre Sanches

DIRETORA DE QUALIDADE HOSPITALAR

Ariana Coelho de Oliveira

COLABORAÇÃO

Mayzza Campina Rodrigues

EQUIPE TÉCNICA

Cristiany Barbosa Castro

Nicolas Castro de Sousa

Karla Aires Parente

Renata Gonçalves Pereira Monteiro

Érika Lúcia Rios Rossi

REDAÇÃO

Renato Louzada de Chantal

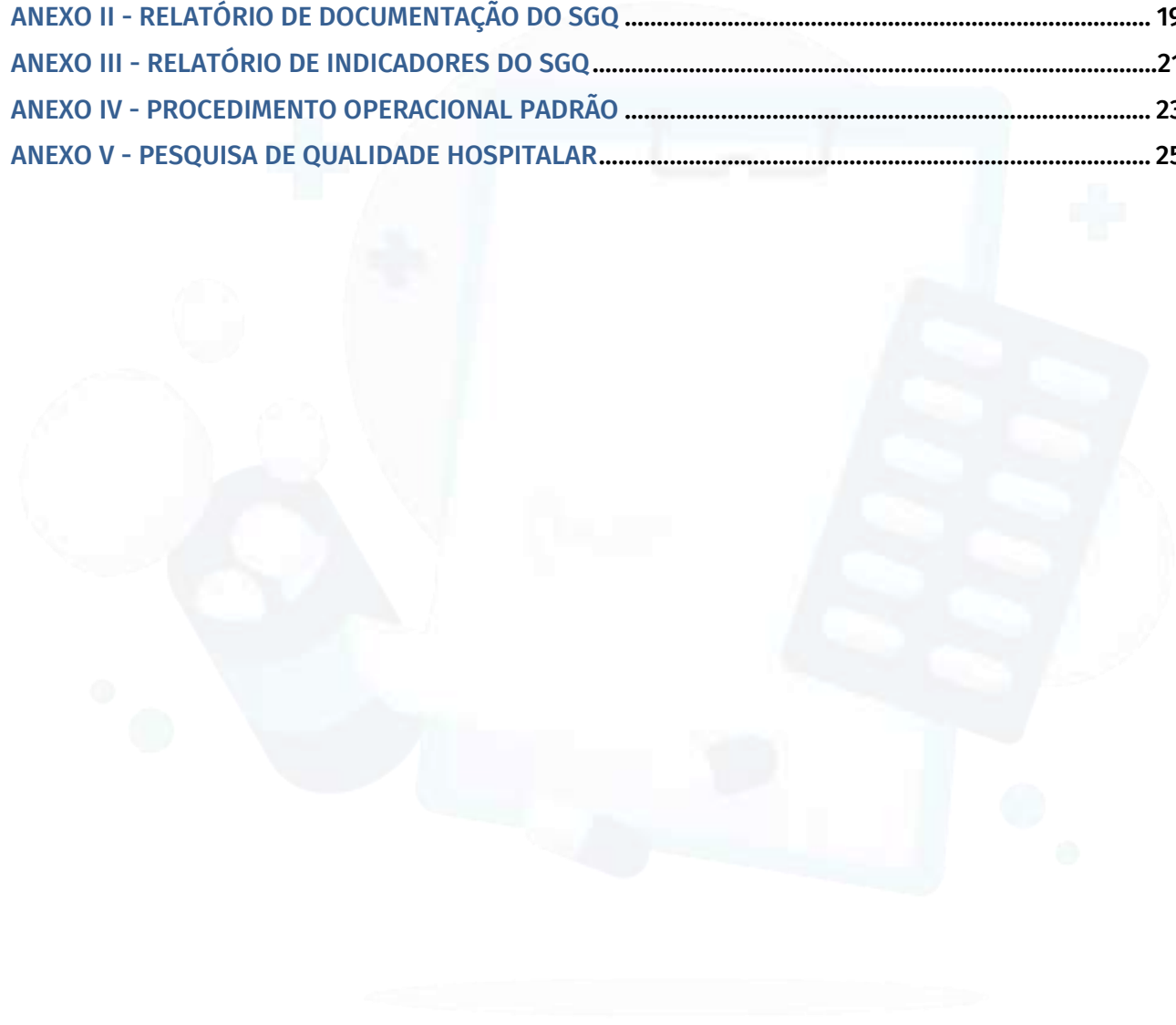
PROJETO GRÁFICO

Renato Louzada de Chantal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 ESCOPO	3
3 OBJETIVO	4
3.1 Objetivo Geral	4
3.2 Objetivos Específicos	4
4 REFERÊNCIAS NORMATIVAS	4
5 ABRANGÊNCIA DO SGQ	4
5.1 Apresentação da SUHP	5
6 RESPONSABILIDADES DA SUHP	6
6.1 Diretoria de Apoio à Gestão Hospitalar.....	7
6.1.1 Gerência de Administração Hospitalar.....	7
6.1.2 Gerência de Acompanhamento de Contratos e Suprimentos Hospitalares.....	7
6.2 Diretoria de Qualidade Hospitalar	7
6.2.1 Gerência de Normas e Rotinas Hospitalares	7
6.2.2 Gerência de Monitoramento de Indicadores e Análise de Desempenho.....	7
6.3 Diretoria de Governança e Conformidade Hospitalar	7
6.3.1 Gerência de Supervisão e Controle de Custos Hospitalares.....	8
6.3.2 Gerência de Conformidade e Hospitalar	8
7 COMISSÃO DA QUALIDADE (CDQ) E REPRESENTANTE DO SGQ	8
8 DOCUMENTAÇÃO DO SGQ	8
8.1 Procedimentos documentados.....	9
8.2 Elaboração de documentos.....	10
8.3 Controle de documentação	11
8.4 Atualização da documentação	11
9 POLÍTICA DA QUALIDADE	11
9.1 Objetivos da Qualidade	11
9.2 Comunicação da Política da Qualidade.....	11
9.3 Campanha de Conscientização	12
10 PLANEJAMENTO DO SGQ	12
10.1 Treinamento da Comissão da Qualidade	12
11 GESTÃO DE INDICADORES	12
11.1 Apuração	12
11.2 Índices de Satisfação	13
11.3 Coparticipação da Ouvidoria.....	14

12 GESTÃO DE RISCO E ANÁLISE DE NÃO CONFORMIDADES	14
12.1 Ação Corretiva	14
12.2 Ação Preventiva	15
13 MELHORIA CONTÍNUA E REVISÃO	15
14 BIBLIOGRAFIA	16
ANEXO I - RELATÓRIO DE MELHORIA CONTÍNUA	17
ANEXO II - RELATÓRIO DE DOCUMENTAÇÃO DO SGQ	19
ANEXO III - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SGQ	21
ANEXO IV - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	23
ANEXO V - PESQUISA DE QUALIDADE HOSPITALAR.....	25



1. INTRODUÇÃO

Dentre as muitas definições amplamente utilizadas para o conceito de **Gestão da Qualidade**, observa-se a coerência acerca de se tratar de uma metodologia ou até mesmo uma consciência que prioriza a garantia da conformidade ao longo de todo o ciclo de execução de um serviço ou concepção de um produto, incluindo todas as partes interessadas no processo. Essa garantia da qualidade passa por diversas etapas, dentre elas, especialmente, a melhoria contínua que visa aproveitar as oportunidades de aperfeiçoamento para garantir a satisfação plena das necessidades do cliente que aqui será o usuário do sistema de saúde pública.

O termo “qualidade”, embora subjetivo se mencionado sem clareza, aponta para uma característica que o define, a organização. Não é possível promover qualidade sem organização. Para tanto, a qualidade perpassa pela necessidade da construção de processos que estruturem atividades visando garantir a conformidade citada acima. A orientação por processos é uma premissa da organização que, por sua vez, deve levar à garantia da qualidade.

Este Manual da Qualidade apresenta o **Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)** proposto de forma unificada para todas as unidades hospitalares¹ próprias do estado do Tocantins. O SGQ é um conjunto de processos integrados para atender a política da qualidade e seus objetivos. Sua concepção e implementação são decisões estratégicas pactuadas pela alta gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins a fim de subsidiar o estudo e a execução dos interesses e responsabilidades da instituição. A estrutura por eixos que compreende o SGQ é:



Ou seja, a **Política da Qualidade** precisa ser cumprida por meio de um **Sistema de Gestão da Qualidade** que é definido em um **Manual da Qualidade**.

¹ Centro de promoção e assistência à saúde nas localidades nos quais estão instalados, com extensão do suporte, quando necessário, à região geográfica de cobertura, de acordo com o porte e a capacidade instalada.

A Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias (SUHP) da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins é a supervisora e a responsável pelo processo de implantação do SGQ. O objetivo da SUHP é o aprimoramento da cadeia de serviços em atenção à saúde na esfera pública estadual, fomentando o atendimento aos padrões exigidos por normas e regulamentações que orientam as atividades afins. A propósito, a busca pela excelência é um aspecto imprescindível para a atual gestão.

Tanto o manual quanto o SGQ poderão ser revistos em tempo oportuno, seja por consequência de auditorias, revisões programadas, alterações legais e normativas e/ou decisões estratégicas. Ambos têm como base as orientações presentes na RDC 63/2011 (*dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde*), ISO 9001 (*Sistemas de Gestão da Qualidade*), Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013 (*institui a política nacional de atenção hospitalar*), Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (*dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*) e nas diretrizes da ONA (*Organização Nacional de Acreditação*).

O funcionamento adequado de um SGQ deve garantir um alto nível de confiabilidade dos processos gerenciais, tanto para subsidiar a decisão da gestão quanto para aprimorar o acolhimento do usuário. O SGQ possibilitará à SUHP um conhecimento detalhado dos seus processos internos e externos, além de um avanço significativo do modelo de gestão aplicado.

2. ESCOPO

Este Manual, uma vez normatizado e publicado, passa a integrar a documentação oficial que rege as atividades inerentes à finalidade das unidades próprias¹. Inicialmente, as etapas que compreenderão o SGQ em ordem sequencial são:

1ª etapa	Elaboração de POP's e Relatórios de Melhoria Contínua - pré diagnóstico (<i>item 8.2</i>)
2ª etapa	Formação e Treinamento da Comissão da Qualidade (<i>item 7</i>)
3ª etapa	Promoção da campanha de conscientização do SGQ nas unidades (<i>item 9.2/9.3</i>)
4ª etapa	Elaboração da documentação da Qualidade - pós diagnóstico (<i>item 8.2</i>)
5ª etapa	Treinamento e implantação da Gestão de Indicadores (<i>item 11</i>)
6ª etapa	Treinamento e implantação da Análise de Não Conformidades (<i>item 12</i>)

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

O objetivo do Manual da Qualidade é definir as responsabilidades pela gestão da qualidade em cada área envolvida, considerando os objetivos específicos que por sua vez devem ser mensuráveis, consistentes e coerentes com o planejamento estratégico da instituição. Os objetivos devem ter como base os princípios² da gestão da qualidade (*ISO 9001:2015 – Requisito 0.2*).

² Os princípios da qualidade são foco no cliente, liderança, engajamento, abordagem de processo, melhoria, tomada de decisão baseada em evidência e gestão de relacionamento.

3.2 Objetivos específicos

- Apresentar as competências de cada área envolvida no SGQ (ver item 6);
- Dar publicidade à Política da Qualidade (ver item 9.2);
- Apresentar mecanismos para o aperfeiçoamento contínuo do SGQ, demonstrando sua vantajosidade por meio da gestão de processos (ver itens 11, 12 e 13);

4. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- NBR ISO 9001/2015, RDC 63/2011, PORTARIA Nº 3390 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013, LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, DIRETRIZES DA ONA.

5. ABRANGÊNCIA DO SGQ

O Manual, assim como o SGQ, se aplica à todas as unidades hospitalares próprias do estado do Tocantins, a saber:

UNIDADE	PORTE
Hospital de Pequeno Porte de Alvorada	I
Hospital Regional de Araguaçu	I
Hospital Regional de Arapoema	I
Hospital Regional de Arraias	I
Hospital Regional de Pedro Afonso	I
Hospital Regional de Xambioá	I
Hospital Regional de Augustinópolis	II
Hospital Regional de Dianópolis	II
Hospital Regional de Guaraí	II
Hospital Regional de Miracema	II
Hospital Regional de Paraíso	II
Hospital Regional de Porto Nacional	II
Hospital Maternidade Tia Dedé	II
Hospital Geral de Palmas	III
Hospital Geral de Gurupi	III
Hospital Geral de Araguaína	III
Hospital Maternidade Dona Regina	III

5.1 Apresentação da SUHP

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas socioeconômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 196. Constituição Federal

A administração pública, aqui representada pela Secretaria de Saúde, dentre as inúmeras responsabilidades que a norteiam e precisamente no âmbito da saúde no estado do Tocantins, tem investido, financeira e intelectualmente, no aumento da capacidade de gestão

visando o aperfeiçoamento dos serviços das Unidades Hospitalares. Para que a área finalística, cuja prestação de serviço é direta ao usuário do SUS, envolva-se no fluxo de desenvolvimento da organização dos processos de trabalho, a Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias - SUHP apresenta-se como um agente crucial para o cumprimento e pleno exercício do direito de acesso à saúde, fomentando atividades que vão desde o planejamento à execução e monitoramento de rotinas que efetivamente viabilizem o “acesso igualitário” do usuário, independentemente de quaisquer fatores internos e externos.

Para que o acesso igualitário seja garantido, em uma escala progressiva de melhoria, a **Padronização de Processos** é uma forma segura de torná-lo real e mensurável. A estrutura organizacional da SUHP dispõe de departamentos e corpo técnico especializados para o desenvolvimento das atividades sob sua responsabilidade, no entanto a ausência ou a inexecução de processos de trabalho padronizados nas unidades reduz significativamente a eficácia de todo o sistema de atendimento ao usuário, tornando-o vulnerável. A padronização indicada pela SUHP, em hipótese alguma, visa burocratizar nem mesmo impossibilitar a execução seja de suas próprias atividades ou das unidades, e sim o oposto, promovendo celeridade, transparência, ganho substancial de produtividade e uma conseqüente economicidade para a administração que, por sua vez, quando de posse dos recursos, pode rever bases orçamentárias e otimizar os gastos públicos.

Em se tratando da **promoção** de ações e serviços, o termo, citado no Art. 196 da constituição, absorve além do caráter de propagação/divulgação o significado de estímulo, fomento, impulso, haja vista que os termos são sinônimos. Logo, percebe-se que há uma previsão na própria constituição de uma prática de melhoria contínua, a base da Gestão da Qualidade. Igualmente, a citação de **proteção** e **recuperação** pode ser relacionada ao ciclo PDCA³.



Ciclo PDCA - Deming - Qualidade Total - 1983

³ Ciclo PDCA significa Plan, Do, Check, Action (planejar, executar, verificar e agir). O método tem a função de garantir a organização de processos de qualquer natureza. Foi criado por Walter A. Shewart, na década de 20, mas se tornou conhecido quando William Edward Deming, um dos precursores da Gestão da Qualidade, difundiu o conceito na década de 50.

A **proteção** associa-se às etapas P (planejar) e D (executar). Quando há definição de metas, análise dos problemas, identificação das causas e elaboração de planos de ação, há um esforço coordenado para proteger todas as partes envolvidas e, conseqüentemente, todo o processo. O gerenciamento de riscos integra essa etapa e também é essencial para a garantia da proteção, incluindo todos aqueles que direta ou indiretamente atuam no processo.

A **recuperação** associa-se às etapas C (verificar) e A (agir). O tratamento de não conformidades e a padronização de resultados positivos apontam um cenário no qual é possível realinhar estratégias com clareza, de modo que os desvios sejam reparados e as eventuais perdas recuperadas e/ou evitadas futuramente. Ou seja, ações com base em evidências.

Ressalta-se que um Sistema de Gestão da Qualidade e todas as suas vertentes são ferramentas de apoio que comprovadamente apresentam resultados, se aplicadas com as metodologias certas. No entanto, o ponto central de um processo organizacional são as pessoas. A **promoção, proteção e recuperação** de qualquer atividade, do mesmo modo que quaisquer outras medidas relativas à melhoria contínua, dependem da intervenção humana, portanto o êxito e o insucesso não podem ser atribuídos unicamente ao processo, sem que os atores envolvidos se responsabilizem por suas funções.

Isto posto, a implantação do SGQ é uma decisão que ultrapassa uma necessidade circunstancial da instituição, mas que vai ao encontro do cumprimento integral do dever do Estado em garantir o acesso à saúde.

6. RESPONSABILIDADES DA SUHP

A implantação e manutenção do SGQ envolve todas as diretorias e gerências da SUHP, com responsabilidades diferenciadas para dinamização e melhoria dos processos. Todos os níveis (operacional, tático e estratégico) são corresponsáveis pela manutenção do SGQ conforme descrito no Regimento Interno publicado no Diário Oficial nº 5930 de 17 de setembro de 2021.

Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias - SUHP		
Diretoria de Apoio à Gestão Hospitalar	Diretoria de Qualidade Hospitalar	Diretoria de Govern. e Conform. Hosp.
Gerência de Administração Hospitalar	Gerência de Normas e Rotinas Hospitalares	Gerência de Supervisão e Controle de Custos Hosp.
Gerência de Acompanhamento de Contratos e Suprimentos	Gerência de Monit. de Indic. e Análise de Desempenho	Gerência de Conformidade Hospitalar

6.1 Diretoria de Apoio à Gestão Hospitalar

Tem como objetivo executar, gerir, apoiar, integrar, contratar, implantar e monitorar o planejamento desenvolvido pelas unidades hospitalares.

6.1.1 Gerência de Administração Hospitalar

Monitora através de instrumentos de gestão as ações demandadas pelas áreas das políticas de saúde e do plano diretor estratégico.

6.1.2 Gerência de Acompanhamento de Contratos e Suprimentos

Firma e gere contratos de serviços relacionados à assistência ao usuário.

6.2 Diretoria de Qualidade Hospitalar

Tem como objetivo promover a Gestão da Qualidade como uma ferramenta de aprimoramento institucional além de implantar e acompanhar o Sistema de Gestão da Qualidade nas Unidades Hospitalares.

6.2.1 Gerência de Normas e Rotinas Hospitalares

Implanta, controla e acompanha normas e rotinas, de forma a obter aumento da confiabilidade, produtividade e a otimização dos processos de trabalho.

6.2.2 Gerência de Monitoramento de Indicadores e Análise de Resultados

Implanta, controla e acompanha os indicadores hospitalares gerais e individuais conforme o perfil das unidades hospitalares, de forma a subsidiar a tomada de decisões dos gestores.

6.3 Diretoria de Governança e Conformidade Hospitalar

Tem como objetivo avaliar os cenários das unidades, determinar a direção estratégica e monitorar os acontecimentos para acompanhar se a direção determinada está sendo seguida.

6.3.1 Gerência de Supervisão e Controle de Custos Hospitalares

Implanta e acompanha programa de gestão de custos; estima o valor final de serviços; auxilia na elaboração do planejamento; analisa regionalmente o desempenho dos estabelecimentos; fortalece o controle social por meio da transparência e contribui com a melhoria da gestão dos recursos do teto orçamentário.

6.3.2 Gerência de Conformidade Hospitalar

Garante o atendimento à legislação vigente, às políticas internas e externas; identifica riscos; propõe controles adequados; acompanha os indicadores de resolubilidade; propõe plano de ação corretivo.

7. COMISSÃO DA QUALIDADE (CDQ) E REPRESENTANTE DO SGQ

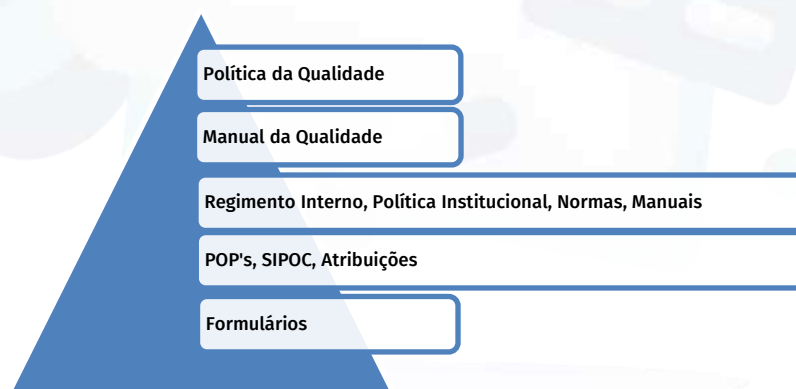
Equipe formada com competências multidisciplinares a fim de acompanhar e desenvolver as ações do SGQ dentro de cada unidade. Composta por no mínimo 3 servidores ativos na unidade hospitalar, sendo preferencialmente, um técnico, um especialista e um suporte administrativo para contato direto com a Ouvidoria (ver item 11.3). Dentre estes, a SUHP poderá fazer a indicação de um representante do SGQ por unidade, permitindo que por meio dele as diretrizes sejam compartilhadas de forma homogênea. As responsabilidades da comissão incluem:

- Colaborar com o planejamento geral de ações estratégicas da Qualidade da SUHP;
- Identificar oportunidades de melhoria nos processos de trabalho e preencher o **Relatório de Melhoria Contínua** (anexo I), submetendo-o à SUHP para tratativas;
- Observar o cumprimento de princípios de normas e regulamentações e orientar a adequação dos colaboradores, quando necessário (anexo I);
- Fazer cumprir, com o apoio necessário, as políticas aplicáveis às unidades;
- Preencher, monitorar e remeter à SUHP o **Relatório de Documentação do SGQ** (anexo II);
- Preencher, monitorar e remeter à SUHP o **Relatório de Indicadores do SGQ** (anexo III);
- Apoiar o corpo técnico local para o cumprimento das ações pactuadas.

Orienta-se que as comissões de cada unidade, uma vez formadas, reúnam-se mensalmente para alinhamento das ações referentes ao SGQ. Toda reunião deve ter registro em ata.

8. DOCUMENTAÇÃO DO SGQ

A hierarquia de documentação do SGQ da SUHP propõe:



Política da Qualidade: definição documentada do objetivo da instituição especificamente no que se refere à Qualidade para o serviço público de saúde;

Manual da Qualidade: documento que define as responsabilidades pela gestão da qualidade e o planejamento do SGQ;

Regimento Interno: conjunto de regras estabelecidas por um grupo para regulamentar o funcionamento de estruturas organizacionais e suas respectivas atividades;

Política Institucional: proveniente dos objetivos, desafios e metas estabelecidas pela administração, ou seja, trata-se da delimitação de questões estratégicas ou táticas;

Norma: regula procedimentos ou atos; regra, princípio, padrão, lei;

Manual: guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho;

Procedimentos Operacionais Padrão: descrevem as etapas sequenciais de uma atividade/tarefa;

SIPOC: apresentação ordenada do fluxo de entrada e saída de um determinado processo/atividade;

Atribuições: documento com a descrição das atividades específicas de cada função;

Formulários: recursos com campos preenchíveis utilizados para coleta de dados.

8.1 Procedimentos documentados

Entende-se como procedimento documentado aquele que é definido, implementado e mantido.

Elaboração de documentos

Toda a documentação do SGQ será iniciada a partir do mapeamento dos processos de trabalho e preenchimento de um **Procedimento Operacional Padrão - POP** (anexo IV). A descrição sequencial das atividades⁴ de cada setor será um mapeamento (pré-diagnóstico) para a identificação da necessidade de elaboração e implantação de documentações complementares.

A partir do preenchimento dos POP's e dos Relatórios de Melhoria Contínua pelas unidades, a SUHP, com o apoio das Comissões da Qualidade, fará um diagnóstico da unidade, propondo ações de melhoria que poderão incluir, quando necessário, novos documentos (pós diagnóstico). A própria unidade poderá propor e executar ações de melhoria de acordo com os diagnósticos, desde que respaldada pela SUHP.

Os POP's e quaisquer outros documentos elaborados pelas unidades deverão ser encaminhados para o e-mail diretoriaqualidadehospitalar@gmail.com para que sejam supervisionados pela SUHP. O fluxo básico de movimentação será o seguinte:



⁴ A descrição sequencial das atividades pela unidade é fundamental para que a SUHP faça um pré-diagnóstico por meio de uma leitura atualizada do fluxo de todos os procedimentos. É através dessa sequência lógica que serão observados os pontos de melhoria nos processos e as oportunidades para a elaboração e implantação da documentação de apoio.

O POP deve conter em sua versão finalizada:

- Justificativa;
- Siglas, termos e definições;
- Áreas envolvidas;
- Material utilizado;
- Descrição do procedimento;
- Recomendações e considerações;
- Responsável(s);
- Indicador(s) associado(s);
- Documento(s) relacionado(s);
- Referência(s);
- Histórico de revisão;
- Registro;

8.3 Controle de documentação

A unidade terá até o dia 10 do mês de cada mês para enviar o **Relatório de Documentação do SGQ** (*anexo II*) à SUHP, referente ao mês anterior. O relatório deve incluir a listagem detalhada de documentos por espécie. Em caso de revisão de algum documento, o mesmo deverá ser encaminhado por meio eletrônico para atualização do bando de dados da SUHP, contendo o ateste de conferência da Comissão da Qualidade (CDQ).

8.4 Atualização da Documentação

Toda a documentação do SGQ tem validade máxima de 2 anos após sua implementação devidamente autorizada. As revisões periódicas renovam esse prazo a cada atualização e devem ser realizadas pela **Comissão da Qualidade - CDQ** da respectiva unidade demandante e validadas pela Diretoria de Qualidade Hospitalar da SUHP.

9. POLÍTICA DA QUALIDADE

“Disponibilizar serviços de atenção à saúde desenvolvendo as melhores práticas para garantir a excelência do atendimento ao usuário”.

Qualidade, especialmente no âmbito da saúde, é um conjunto de esforços estratégicos na busca pela excelência do atendimento ao usuário. Os esforços estratégicos requerem a visão de organização apresentada na introdução deste manual. Essa definição precisa ser disseminada, acolhida e exercida por todos os envolvidos nos processos. As melhores práticas são referências de um modelo a ser seguido e o comprometimento com a excelência no atendimento ao usuário é uma responsabilidade pública, institucional, profissional e social.

9.1 Objetivos da Qualidade

Não anulam ou sobrepõem nenhum dos demais objetivos citados neste documento, mas esclarecem quais são os alvos da Qualidade dentro da SUHP e do SGQ.

- Assegurar a Qualidade em todos os processos e atividades descritas no item 6;
- Promover a integração das diretorias da SUHP a fim de subsidiar a coleta de informações necessárias para alimentação do SGQ;
- Propor meios para registrar, avaliar e atender as expectativas dos usuários *(ver item 11.2)*;
- Desenvolver ações de melhoria com base na análise de indicadores de todas as unidades.

9.2 Comunicação da Política da Qualidade (ISO 9001/2015 - Item 5.2.2, 7.4)

A política e os objetivos da Qualidade estão documentados na Instrução Normativa nº00/2020 e neste Manual da Qualidade. A divulgação da política e demais conteúdos inerentes ao SGQ serão comunicados através de ações estratégicas que incluem:

- Divulgação em quadros internos na Secretaria da Saúde do estado do Tocantins;
- Divulgação no site da Secretaria da Saúde do estado do Tocantins;
- Divulgação externa nas unidades com o apoio da ASCOM *(ver item 9.3)*.

9.3 Campanha de Conscientização

Para que o funcionamento do SGQ seja eficaz, é imprescindível que todos os colaboradores das unidades estejam conscientes acerca da sua contribuição para a eficácia do sistema. Igualmente, a estratégia de comunicação é fundamental para dar a projeção necessária. Para tanto, é recomendado o desenvolvimento de uma campanha de marketing para lançamento do SGQ nas unidades, incluindo toda a identidade visual em pontos estratégicos (murais, quadros de aviso, painéis luminosos, etc). O objetivo é reforçar visualmente a responsabilidade de cada colaborador para o funcionamento do SGQ e destacar para o público os esforços em torno da melhoria contínua do atendimento.

10. PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

O cronograma de implantação do SGQ será gradativo, abrangendo os processos descritos no Item 2. Cabe à SUHP estabelecer e divulgar o calendário de atividades do SGQ, validando-o junto à **Comissão da Qualidade - CDQ** de cada unidade. As ações estratégicas serão elaboradas e validadas conjuntamente. Recomenda-se que ao fim de cada ciclo (anual) as áreas se reúnam para propor o planejamento do ano subseqüente, utilizando como referência os procedimentos citados no item 13.

10.1 Treinamento da Comissão da Qualidade (CDQ)

O primeiro treinamento nas unidades visa esclarecer as diretrizes do SGQ de forma simplificada e de fácil absorção, apresentando o Manual da Qualidade, formando a **Comissão da Qualidade - CDQ**, definindo o representante do SGQ na unidade e orientando sobre as etapas subsequentes do SGQ. Todos os colaboradores precisam conhecer e se comprometer com a Política da Qualidade e seus objetivos.

Posteriormente, os treinamentos da Comissão serão programados de acordo com as demandas e necessidades locais, com conteúdos flexíveis e pontuais. Vale ressaltar que os treinamentos geram fortalecimento da equipe, sendo oportunos inclusive para a integração de novos colaboradores, visando a continuidade do SGQ independentemente de mudanças no corpo técnico.

11. GESTÃO DE INDICADORES

A coleta de dados por si só não conduz à uma compreensão lógica. A organização e interpretação da totalidade dos dados é que se transforma em informação e essa informação estruturada se torna uma mensagem que viabiliza a tomada de decisões com base em cenários confiáveis. Para isso, é fundamental que a análise de indicadores funcione com precisão.

11.1 Apuração

Os indicadores da SUHP (Censo Hospitalar) são:

ITEM	INDICADOR	DADOS A SEREM COLETADOS
1	Tempo médio de permanência hospitalar	Somatório do número de pacientes - dia <i>(em 30 dias)</i>
		Número de saídas <i>(em 30 dias)</i>
2	Tempo médio de permanência para leitos de clínica médica	Número de pacientes-dia na clínica médica <i>(em 30 dias)</i>
		Número de saídas na clínica médica <i>(em 30 dias)</i>
3	Tempo médio de permanência para leitos de clínica cirúrgica	Número de pacientes-dia na clínica cirúrgica <i>(em 30 dias)</i>
		Número de saídas na clínica cirúrgica <i>(em 30 dias)</i>
4	Taxa de mortalidade institucional	Número de óbitos <i>(em 30 dias)</i>
		Número de saídas <i>(em 30 dias)</i>
5	Taxa de infecção hospitalar	Número de infecções hospitalares <i>(em 30 dias)</i>
		Número de óbitos e altas <i>(em 30 dias)</i>
6	Taxa de ocupação hospitalar	Somatório do número de pacientes - dia <i>(em 30 dias)</i>
		Somatório do número de leitos operacionais <i>(em 30 dias)</i>
7	Taxa de revisão de prontuários pela comissão de óbitos	Número de prontuários revisados pela comissão de óbitos
		Número de óbitos hospitalares + de 24h
8	Taxa de revisão de prontuários pela comissão de controle de infecção hospitalar	Número de prontuários de CCIH <i>(em 30 dias)</i>
		Número de prontuários de pacientes com infecção hospitalar <i>(em 30 dias)</i>

A Gestão de Indicadores terá início somente após o treinamento da **Comissão da Qualidade - CQG** abordando o respectivo assunto. Uma vez implantada a gestão, a unidade terá até o dia 10 de cada mês para enviar o **Relatório de Indicadores do SGQ** (*anexo III*) à SUHP, referente ao mês anterior.

11.2 Índices de Satisfação

Complementando a gestão de indicadores, além das estatísticas gerais listadas acima, a opinião do usuário na utilização do serviço de acesso à saúde será registrada e avaliada com a coleta das informações propostas na **Pesquisa de Qualidade Hospitalar - PQH** (*anexo V*), baseadas nas diretrizes do PNISS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde:

Objetivo	Registrar a opinião do usuário para a promoção de melhorias no atendimento
Método	Numa escala de 0 a 10, os usuários vão pontuar uma nota para cada índice
Cálculo Mensal	soma das notas / total de usuários x 10
Cálculo Anual	soma dos cálculos mensais individuais / 12
Meta 2022	60% de satisfação
Meta 2023	70% de satisfação

- **Infraestrutura:** avalia a satisfação do usuário quanto às instalações da unidade hospitalar:
 - ✓ Mobiliário;
 - ✓ Equipamentos;
 - ✓ Sanitários;
 - ✓ Limpeza Geral.

- **Acolhimento:** avalia a satisfação do usuário quanto ao atendimento:
 - ✓ Atendimento dos profissionais da recepção;
 - ✓ Atendimento dos profissionais da classificação de risco;
 - ✓ Agilidade no atendimento;
 - ✓ Qualidade das orientações recebidas.

- **Atendimento Médico:** avalia a satisfação do usuário quanto ao atendimento especializado:
 - ✓ Qualidade da consulta médica;
 - ✓ Tempo de espera para realização de exames, quando for o caso.

- **Indicação:** avalia se os usuários indicariam a unidade para outras pessoas:
 - ✓ Sim;
 - ✓ Não.

11.3 Coparticipação da Ouvidoria

As pesquisas serão recebidas e registradas pela Ouvidoria de cada unidade e na ausência desta, pela **Comissão da Qualidade - CDQ**. Em seguida, serão encaminhadas para a **Diretoria de Qualidade Hospitalar** da SUHP para análise e intervenção, quando for o caso. Recomenda-se que pelo menos um dos representantes da Ouvidoria na unidade integre a Comissão da Qualidade.

12. GESTÃO DE RISCO E ANÁLISE DE NÃO-CONFORMIDADES

Risco é o efeito sobre a incerteza, ou seja, o desvio positivo ou negativo relacionado ao resultado esperado de um processo, projeto, ou qualquer outro objetivo. ISO 9001:2015 (requisito 3.5.2)

Cabe à instituição, incluindo as unidades, o desenvolvimento de estratégias que garantam a prevenção de riscos, a correção de desvios e o aperfeiçoamento dos processos de trabalho. Tais cenários serão abordados no **Relatório de Melhoria Contínua (anexo II)**, a ser preenchido preferencialmente pelo representante do SGQ na unidade e submetido à SUHP. Essa etapa do SGQ também terá início somente após o treinamento da **Comissão da Qualidade - CDQ** abordando o respectivo assunto.

12.1 Ação Corretiva

Ações corretivas são tomadas para eliminar não conformidades já identificadas, evitando a reincidência de desvios nos processos. Elas têm incluídas estes procedimentos:

- tratamento de reclamação de usuários e relatórios de não conformidades;
- investigação da causa da não conformidade;
- determinação da ação corretiva necessária para eliminar a causa da não conformidade;
- análise crítica da eficácia da ação corretiva executada.

12.2 Ação Preventiva

Ações preventivas são tomadas para eliminar as causas de não conformidades, evitando sua ocorrência e eliminando os efeitos dos problemas potenciais. Elas têm incluídas estes procedimentos:

- definição de não conformidades potenciais e suas causas;
- avaliação da necessidade de outras ações para evitar a ocorrência de não conformidades.


13. MELHORIA CONTÍNUA E REVISÃO

Cabe à SUHP a condução das revisões e a análise crítica dos cenários em torno do SGQ. A coleta de informações ao longo de todas as etapas do SGQ é a base para a medição da sua eficácia e para a melhoria dos resultados. A revisão geral do sistema, preferencialmente anual, será conduzida pela **Diretoria de Qualidade Hospitalar** da SUHP e passará por todos os procedimentos descritos neste manual, incluindo:

- Análise dos Relatórios de Melhoria Contínua;
- Análise dos Relatórios de Documentação do SGQ;
- Análise dos Relatórios de Indicadores do SGQ;
- Análise dos Procedimentos Operacionais Padrão POP's;
- Reavaliação da Política da Qualidade e seus objetivos;
- Análise das ações corretivas e preventivas;
- Análise dos índices de satisfação do usuário;
- Análise dos relatórios da ouvidoria de cada unidade.

14. BIBLIOGRAFIA

1. ABNT NBR ISO 9001. Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos. ABNT, 2015.
2. RDC 63/2011. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
3. FORMULÁRIO DE DÚVIDAS DA ONA. Disponível em: <https://www.ona.org.br/fale-conosco>. Acesso em 21/11/19, 26/11/2019, 07/12/2019.
4. BRUN, T. C. Oportunidade da Aplicação de Ferramentas de Gestão na Avaliação de Políticas Públicas: O Caso da Política Nacional de Resíduos Sólidos para a construção civil. UFJF, 2013.
5. MANUAL DA QUALIDADE do HC/UFTM. Uberaba-MG, 2015.
6. GRABAN, M. Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. Porto Alegre: Brookman, 2013.
7. LAPA, R. Programa de Qualidade 5S, Qualitmark Editora, São Paulo 1998.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n 2.395 de 11 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em 05/12/19
9. BLOG DA QUALIDADE. Entendendo o Procedimento Operacional Padrão (POP). Disponível em <https://blogdaqualidade.com.br/procedimento-operacional-padrao-pop/>. Acesso em 27/11/19
10. BLOG DA QUALIDADE. A 5ª era da Qualidade e o papel do profissional da Qualidade. Disponível em <https://blogdaqualidade.com.br/a-5a-era-da-qualidade-e-o-papel-do-profissional-da-qualidade/>. Acesso em 11/12/19
11. MANUAL DO PNASS. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf
12. PORTARIA Nº 3.390 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
13. LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
RELATÓRIO DE MELHORIA CONTÍNUA			
Unidade/Setor Sigla da unidade + setor	Código: Sigla do doc + nº/ano	Data: xx/xx/xxxx	Responsável/Setor/Unidade ---

RELATÓRIO DE MELHORIA CONTÍNUA	
PERÍODO DE REFERÊNCIA: xx/xxxx	RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: ---
UNIDADE: ---	DATA DO PREENCHIMENTO: xx/xx/xxxx

1. ANÁLISE DO CENÁRIO DA UNIDADE

A descrição dos pontos abaixo é fundamental para a avaliação dos cenários que impactam a unidade. Esses fatores geram reflexos diretos na rotina de funcionamento. As informações são ainda a base para adequações nos processos, por isso é importante relatar todas as ocorrências.

De modo geral a unidade está melhorando gradativamente a organização. Todos os profissionais demonstram interesse em seguir os direcionamentos da SUHP, porém o excesso de atendimentos sobrecarrega a equipe.

2. FRAQUEZAS	3. OPORTUNIDADES
--------------	------------------

Pontos internos que afetam negativamente para o bom andamento dos processos de atendimento	Pontos externos que afetam positivamente para o bom andamento dos processos de atendimento
--	--

DESCREVA CADA PONTO OBSERVADO	COMO VOCÊ ACHA QUE ISSO PODE MELHORAR?	DESCREVA CADA PONTO OBSERVADO	POR QUÊ ISSO MELHORA O FLUXO DE ATENDIMENTO?
descumprimento de escalas	mais rigor na punição	redução dos casos de dengue	diminui a demanda
desperdício de materiais	implementar POP's	-	-

4. FORÇAS	5. AMEAÇAS
-----------	------------

Pontos internos que afetam positivamente para o bom andamento dos processos de atendimento	Pontos externos que afetam negativamente para o bom andamento dos processos de atendimento
--	--

DESCREVA CADA PONTO OBSERVADO	POR QUÊ ISSO MELHORA O FLUXO DE ATENDIMENTO?	DESCREVA CADA PONTO OBSERVADO	COMO VOCÊ ACHA QUE ISSO PODE MELHORAR?
classificação de risco efetiva	reduz o risco de complicações	aumento dos casos de virose	melhorar o controle de zoonoses
aumento das cirurgias eletivas	reduz o tempo de espera no SUS	-	-

6. NÃO CONFORMIDADES

É o não atendimento a um requisito e/ou instrução previamente documentada ou um desvio durante o processo que compromete o resultado esperado. O desvio pode ser relacionado à pessoas ou rotinas, incluindo do descumprimento de normas à ausência de material de apoio.

CONTEXTOS QUE ENVOLVAM O COMPORTAMENTO DE PESSOAS	COMO VOCÊ ACHA QUE ISSO PODE MELHORAR?	CONTEXTOS QUE ENVOLVAM ATIVIDADES DO TRABALHO	COMO VOCÊ ACHA QUE ISSO PODE MELHORAR?
A falha nos registros de evoluções é um problema de consciência dos enfermeiros porque eles sabem que precisam fazer	Reforçar que esse é um procedimento obrigatório e extremamente importante	O controle de documentos é muito precário e sempre temos dificuldade em achar uma informação que precisa ser consultada com urgência	Sistematizar

7. OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Descreva outros pontos que podem ser observados em todos os departamentos da unidade e que precisam de uma atenção especial para melhorar o atendimento ao usuário. Quanto mais detalhado for o relato, mais informações teremos para aperfeiçoar os processos apontados.

Alguns médicos descumprem todo o horário do plantão e alguns casos de urgência ficam descobertos porque não podem ser resolvidos sem o profissional. Se houvesse um controle maior do horário isso ajudaria muito a desafogar os atendimentos.

REPRESENTANTE DO SGQ NA UNIDADE: ---	CONFERIDO PELA COMISSÃO DO SGQ: ● Sim ○ Não
---	--

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE



RELATÓRIO DE DOCUMENTAÇÃO DO SGQ

Unidade/Setor Sigla da unidade + setor	Código: Sigla do doc + nº/ano	Data: xx/xx/xxxx	Responsável/Setor/Unidade ---
---	----------------------------------	---------------------	----------------------------------

RELATÓRIO DE DOCUMENTAÇÃO DO SGQ

PERÍODO DE REFERÊNCIA: xx/xxxx	RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: ---
UNIDADE: -	DATA DO PREENCHIMENTO: xx/xx/xxxx

1. CONTROLE DE DOCUMENTAÇÃO

TIPO DE DOCUMENTO	QUANTIDADE EM USO	DOCUMENTOS EM USO	DOCUMENTOS PARA REVISÃO
PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS (POP)	26	POP. 01/2021 POP. 02/2021 POP. 03/2021 POP. 04/2021 POP. 05/2021 POP. 06/2021 POP. 07/2021 POP. 08/2021 POP. 09/2021 POP. 10/2021 POP. 11/2021 POP. 12/2021 POP. 13/2021 POP. 14/2021 POP. 15/2021 POP. 16/2021 POP. 17/2021 POP. 18/2021 POP. 19/2021 POP. 20/2021 POP. 21/2021 POP. 22/2021 POP. 23/2021 POP. 24/2021 POP. 25/2021 POP. 26/2021	POP. 02/2021 POP. 09/2021 POP. 13/2021
FORMULÁRIOS (FOR)	4	FOR. 01/2021 FOR. 02/2021 FOR. 03/2021 FOR. 04/2021	FOR. 03/2021
ATRIBUIÇÕES (ATR)	2	ATR. 01/2021 ATR. 02/2021	-
SIPOC (SIP)	1	SIP. 01/2021	-
NORMAS (NOR)	2	NOR. 01/2021 NOR. 02/2021	-
MANUAIS (MAN)	3	MAN. 01/2021 MAN. 02/2021 MAN. 03/2021	MAN. 03/2021
PROTOCOLOS (PRO)	4	PRO. 01/2021 PRO. 02/2021 PRO. 03/2021 PRO. 04/2021	PRO. 02/2021
REGIMENTOS (REG)	1	REG. 01/2021	-
POLÍTICAS (PLT)	2	PLT. 01/2021 PLT. 02/2021	-

2. OCORRÊNCIAS

DESTAQUE UMA MELHORIA DECORRENTE DE ALGUMA DOCUMENTAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA

A elaboração do POP. 26/2021 para triagem e classificação de risco melhorou significativamente a qualidade do atendimento. O tempo de espera diminuiu.

REPRESENTANTE DO SGQ NA UNIDADE: ---	CONFERIDO PELA COMISSÃO DO SGQ: ● Sim ○ Não
--------------------------------------	---

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE



RELATÓRIO DE INDICADORES DE DESEMPENHO

Unidade/Setor Sigla da unidade + setor	Código: Sigla do doc + nº/ano	Data: xx/xx/xxxx	Responsável/Setor/Unidade -
---	----------------------------------	---------------------	--------------------------------

RELATÓRIO DE INDICADORES

PERÍODO DE REFERÊNCIA: xx/xxxx	RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: ---
UNIDADE: -	DATA DO PREENCHIMENTO: xx/xx/xxxx

LISTA DE INDICADORES

1. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	NÚMERO DE SAÍDAS (EM 30 DIAS)
0	0

2. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA LEITOS DE CLÍNICA MÉDICA

NÚMERO DE PACIENTES-DIA NA CLÍNICA MÉDICA (EM 30 DIAS)	NÚMERO DE SAÍDAS NA CLÍNICA MÉDICA (EM 30 DIAS)
0	0

3. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA LEITOS DE CLÍNICA CIRÚRGICA

NÚMERO DE PACIENTES-DIA NA CLÍNICA CIRÚRGICA (EM 30 DIAS)	NÚMERO DE SAÍDAS NA CLÍNICA CIRÚRGICA (EM 30 DIAS)
0	0

4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

NÚMERO DE ÓBITOS (EM 30 DIAS)	NÚMERO DE SAÍDAS (EM 30 DIAS)
0	0

5. TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NÚMERO DE INFECÇÕES HOSPITALARES (EM 30 DIAS)	NÚMERO DE ÓBITOS E ALTAS (EM 30 DIAS)
0	0

6. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

SOMATÓRIO DO NÚMERO DE PACIENTES - DIA (EM 30 DIAS)	SOMATÓRIO DO NÚMERO DE LEITOS OPERACIONAIS ((EM 30 DIAS)
0	0

7. TAXA DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES

NÚMERO DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES ((EM 30 DIAS)	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE ATIVOS NO HOSPITAL (EM 30 DIAS)
0	0


8. TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS

NÚMERO DE PRONTUÁRIOS REVISADOS PELA COMISSÃO DE ÓBITOS	NÚMERO DE ÓBITOS HOSPITALARES + DE 24H
0	0

9. TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PELA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NÚMERO DE PRONTUÁRIOS DE CCIH (EM 30 DIAS)	NÚMERO DE PRONTUÁRIOS C/ REGISTRO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (EM 30 DIAS)
0	0

REPRESENTANTE DO SGQ NA UNIDADE: ---	CONFERIDO PELA COMISSÃO DO SGQ: <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
--------------------------------------	--

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP				
NOME DO PROCEDIMENTO				
Unidade/Setor Sigla da unidade + setor	Código do doc: Sigla do doc + nº/ano	Data da elaboração: xx/xx/xxxx	Versão: 1ª	Página 1 de 2

1 JUSTIFICATIVA

Descreva porque essa documentação é necessária. Qual demanda ela visa atender? Quais são os impactos da inexistência dela? Quais são os benefícios dessa implantação?

2 SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Descreva com clareza os termos técnicos e outras citações para facilitar o entendimento do documento.

3 ÁREAS ENVOLVIDAS


Cite todas as áreas que direta ou indiretamente serão afetadas por essa documentação.

4 MATERIAL UTILIZADO

Cite todos os materiais utilizados no procedimento que está sendo descrito.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÃO	AGENTE	DESCRIÇÃO	CONSEQUÊNCIA
1	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
2	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
3	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
4	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
5	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
6	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
7	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
8	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
9	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.
10	Profissional que executa a ação.	Descrever a ação.	Caso a ação não seja executada.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP				
NOME DO PROCEDIMENTO				
Unidade/Setor Sigla da unidade + setor	Código do doc: Sigla do doc + nº/ano	Data da elaboração: xx/xx/xxxx	Versão: 1ª	Página 2 de 2

6 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES
Cite as boas práticas e orientações gerais para a execução do procedimento.

7 RESPONSÁVEL(S)
Liste os agentes responsáveis pela execução das ações. Todos os profissionais listados deverão executar, no mínimo, uma ação na “Descrição do Procedimento (5)”.

8 INDICADOR(S) ASSOCIADO(S)
Cite o indicador, quando houver.

9 DOCUMENTO(S) RELACIONADO(S)
Cite os documentos complementares para a execução do procedimento.

10 REFERÊNCIA(S)
Cite as referências para a elaboração do documento. Elas podem ser pautadas em legislações, diretrizes, normas institucionais, regulamento interno, etc.

11 HISTÓRICO DE REVISÃO	
DATA xx/xx/xxxx	UNIDADE/NOME DO REVISOR

12 REGISTRO	
AUTORIZADO PELA UNIDADE:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

O governo do estado do Tocantins, por meio da Secretaria de Saúde, está investindo no aperfeiçoamento do atendimento nas unidades hospitalares. Sua opinião é muito importante para nos ajudar a evoluir cada vez mais.

EM QUAL UNIDADE VOCÊ ESTÁ?

nome da cidade ou hospital

NUMA ESCALA DE 0 A 10, PONTUE CADA UM DOS ITENS ABAIXO, SENDO 0 A NOTA MAIS BAIXA E 10 A MAIS ALTA.

INFRAESTRUTURA

ITENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mobiliário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sanitários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpeza Geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ACOLHIMENTO

ITENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atendimento dos profissionais da recepção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento da classificação de risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agilidade no atendimento geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade das orientações recebidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATENDIMENTO MÉDICO

ITENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualidade da consulta médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espera para a realização de exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOCÊ INDICARIA ESSA UNIDADE PARA OUTRAS PESSOAS?

sim não

COMO VOCÊ ACHA QUE PODEMOS MELHORAR?