



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM CONCENTRAÇÃO EM  
GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE COM ÊNFASE EM SERVIÇOS DE  
HEMOTERAPIA**

O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE – PNQH: ESTUDO DE AVALIABILIDADE NO ÂMBITO DO HEMOCENTRO COORDENADOR DO CEARÁ

**Christianne Andrezza Melo Sobreira**

**Orientadora: Gerluce Alves Pontes da Silva**

**Salvador  
2015**

**CHRISTIANNE ANDREZZA MELO SOBREIRA**

**O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE – PNQH: ESTUDO DE AVALIABILIDADE NO ÂMBITO DO HEMOCENTRO COORDENADOR DO CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

**Salvador**

**2015**



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**

**Christianne Andrezza Melo Sobreira**

**“O Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH: Estudo de Avaliabilidade no Âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará”.**

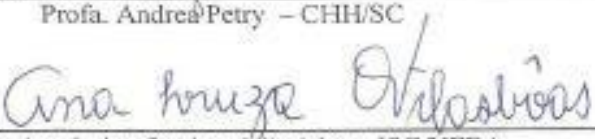
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 10 de abril de 2015

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Gerluz Alves Pontes da Silva – Orientadora -ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Andrea Petry – CHH/SC

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Luiza Queiroz Vitasbóas - ISC/UFBA

Salvador  
2015

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S677p Sobreira, Christianne Andrezza Melo.

O Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH: estudo de avaliabilidade no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará / Christianne Andrezza Melo Sobreira. -- Salvador: CA.M.Sobreira, 2015.

100f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gerluce Alves Pontes da Silva.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede-PNQH. 2. Avaliabilidade. 3. Gestão da Qualidade. I. Título.

CDU 614

---

A mamãe e Thiago pelo apoio em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por estar presente em todos os meus dias e ter me concebido tantas graças.

À minha Orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gerluce Alves Pontes da Silva, por ter me acolhido e não ter desistido de mim, com seu jeito paciente e compreensivo ter me confiado suas orientações.

Aos profissionais do HEMOCE, por seu apoio e disponibilidade em participar da pesquisa.

Aos profissionais do GAT por sua atenção e disponibilidade de participar da pesquisa.

Aos meus colegas do Mestrado sou grata pelo companheirismo, aprendizado, sobretudo a amizade construída nesses dias.

A Coordenação de Sangue e Hemoderivados – CGSH pela oportunidade oferecida de me qualificar e contribuir para formação dos profissionais da hemorrede, o meu agradecimento pela oportunidade de fazer parte desse projeto.

Ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde com ênfase em serviços de hemoterapia do ISC/UFBA que contribuiu para o meu conhecimento.

## RESUMO

O Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) subsidia a Coordenação de Sangue e Hemoderivados (CGSH) na execução das ações previstas para a formulação, coordenação e execução da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. O objetivo da pesquisa foi realizar um estudo de avaliabilidade do PNQH no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará (HEMOCE). As informações foram obtidas por meio de entrevistas com informantes-chave e análise documental. As seguintes etapas foram realizadas: modelização do programa, com base em análise documental; validação do modelo lógico, por meio de técnica de consenso com especialistas; descrição das ações do PNQH implantadas no HEMOCE, bem como a percepção dos gestores acerca das facilidades e obstáculos da implantação. Para os entrevistados, a adoção de uma avaliação sem caráter punitivo, com troca de experiências entre os profissionais da hemorrede, promoveu estímulo para mudanças, proporcionando a melhoria da qualidade do sangue. Os aspectos facilitadores descritos foram o envolvimento tanto da alta gestão, como dos colaboradores, e a disposição ou característica cultural positiva a mudanças e desenvolvimento próprias da instituição. Para aprimoramento do programa os entrevistados indicam a necessidade da incorporação da avaliação das condições estruturais para a gestão, com apoio nessa área. Outro aspecto a ser aperfeiçoado diz respeito à visibilidade do programa enquanto estratégia prioritária para CGSH-MS, o que estimularia a adesão dos serviços da hemorrede nacional. Essas sugestões podem levar a utilização de novas estratégias para a melhoria de serviços críticos que não alcançaram melhorias expressivas após a implantação do PNQH. Enfatizou-se, ainda, a necessidade de se avaliar o macro ambiente onde o serviço se insere. Considera-se que o estudo de avaliabilidade foi adequado ao evidenciar a pertinência entre estrutura, processos e resultados do modelo lógico do PNQH elaborado. Ressalte-se que, na prática, as ações do programa são potencializadas pela mobilização interna (gestores do HEMOCE) e externa (grupo de especialistas da hemorrede) indispensáveis ao alcance de sua finalidade, ou seja, diminuir o risco sanitário e auferir ganhos de qualidade aos processos de trabalho.

**Palavras-chaves: Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH; Avaliabilidade; Gestão da Qualidade**

## ABSTRACT

The National Program of Qualification of Hemorrede (PNQH) subsidizes the Coordination of blood and blood products (CGSH) in the implementation of actions for the formulation, coordination and implementation of the National Policy of Blood and blood products. This research is aimed to carry out a study of the avaliabilidade PNQH within the Hematology Center Coordinator of Ceara (HEMOCE). The information was obtained through interviews with key informants and documentary analysis. The following steps were performed: modeling of the program, on the basis of documentary analysis; validation of the logical model, by means of the technique of consensus with experts; description of the actions of PNQH deployed in HEMOCE, as well as the perception of managers about the features and obstacles of the deployment. For the interviewees, the adoption of an assessment without punitive, with exchange of experiences between the professionals of hemorrede, promoted stimulus for changes, providing an improvement in the quality of the blood. The facilitators described were the involvement of both high management, such as the staff, and the provision or cultural characteristic positive changes and own development of the institution. To improve the program the respondents indicate the necessity of incorporating the assessment of structural conditions for the management, with support in this area. Another aspect to be improved with regard to the visibility of the program as a strategy for priority CGSH-MS, which stimulate the accession of services of national hemorrede. These suggestions may lead to new strategies for the improvement of critical services that do not have achieved dramatic improvements after the deployment of PNQH. It was emphasized the need to evaluate the macro environment where the service is part. It is considered that the study of avaliabilidade was adequate to demonstrate the relevance of structure, processes and results of the logical model of PNQH elaborated. It should be noted that, in practice, the actions of the program are potentiated by mobilizing internal (managers of HEMOCE) and external (group of specialists of hemorrede) essential for achievement of their purpose, i.e. decrease the health risk and earn quality gains to work processes.

**Key words: National Program of Qualification of Hemorrede - PNQH; Avaliabilidade; Quality Management**



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	OBJETIVOS	17
2.1.	OBJETIVO GERAL	17
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3.	QUADRO DE REFERÊNCIA	18
3.1.	A QUALIDADE E OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA	18
3.2.	ESTUDOS DE AVALIABILIDADE	24
4.	CONTEXTO DO ESTUDO: O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE	26
5.	METODOLOGIA	32
5.1.	TIPO DE ESTUDO	32
5.2.	LOCAL DE ESTUDO	32
5.3.	PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
5.4.	PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	34
5.5.	CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE	35
5.6.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
6.1.	O MODELO TEÓRICO LÓGICO DO PNQH	40
6.1.1.	VALIDAÇÃO DO MODELO	40
6.1.2.	MODELO TEÓRICO LÓGICO FINAL DO PNQH: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	44
6.1.3.	O DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO	47
6.2.	O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE NA PRÁTICA	49
6.2.1.	A PERCEPÇÃO DOS ATORES SOBRE OS OBJETIVOS DO PNQH	49
6.2.2.	AÇÕES DO PNQH IMPLANTADAS NO HEMOCE	50
6.2.3.	ASPECTOS FACILITADORES E OBSTÁCULOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PNQH NO HEMOCE	57
6.3.	ASPECTOS DO PROGRAMA A SEREM APRIMORADOS	61
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

APÊNDICE B – DOCUMENTOS ANALISADOS PARA CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO

APÊNDICE C – MATRIZ DE COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

APÊNDICE D – MATRIZ DE DIMENSÕES, CRITÉRIOS, PADRÕES

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PARA O MODELO LÓGICO - 1ª RODADA DE CONSENSO

APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO - 2ª RODADA DE CONSENSO

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE H - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DOCUMENTAL

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** - Pertinência das causas do problema apresentada no modelo causal do PNQH de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO.

**Tabela 2** - Pertinência das causas do problema sugeridas para o modelo causal do PNQH de acordo com os respondentes - 2ª RODADA DE CONSENSO.

**Tabela 3** - Pertinência dos componentes do modelo lógico operacional do PNQH de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO

**Tabela 4:** Pertinência dos objetivos da intervenção do modelo lógico do PNQH de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO

**Tabela 5** - Pertinência dos componentes do modelo lógico teórico de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Mapa Estratégico da CGSH, 2008-2011

**Figura 2** - Funcionograma da CGSH, 2012

**Figura 3** - Modelo Preliminar do Modelo lógico teórico final do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, CGSH/MS, [Brasil](#)

**Figura 4** - Diagrama do Modelo lógico teórico final do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, CGSH/MS, Brasil

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1** - Resultado das visitas no Hemocentro Coordenador de Fortaleza, 2008-2013.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS

AABB – AMERICAN ASSOCIATION OF BLOOD BANKS

AIDS - SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AT - AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS

ATH - ÁREA DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO EM HEMOTERAPIA

CAT - COMISSÃO DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO

CGSH – COORDENAÇÃO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

EA – ESTUDO DE AVALIABILIDADE

IJF - INSTITUTO DR. JOSE FROTA

ISO – INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARTIZACION

INCQS - INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE

HEMOCE - CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO CEARÁ

PA – PLANO DE AÇÃO

PEQH - PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE NOSESTATOS

PNQH - PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE

PRÓ- SANGUE -PROGRAMA NACIONAL DO SANGUE

ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

SINASAN – SISTEMA NACIONAL DE SANGUE, COMPONENTES E DERIVADOS

SGQ - SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA DE COLEGIADO

NBR – NORMA BRASILEIRA

QNPH - QUALIFICAÇÃO NACIONAL DA HEMORREDE PÚBLICA

## 1 - INTRODUÇÃO

Segundo Donabedian (1988), a qualidade pode ser definida no sentido delimitado como a relação entre os benefícios, riscos e custos de uma intervenção, mas ela é também influenciada pelas relações entre todos os envolvidos, que são resultantes de motivações intrínsecas e extrínsecas ao trabalho repercutindo diretamente em seu desenvolvimento. O mesmo autor também define a qualidade, em seu aspecto complexo, como uma atividade dinâmica na busca pela excelência nos serviços e satisfação do usuário, utilizando conceitos como eficácia, eficiência, efetividade, acessibilidade, legitimidade, otimização e aceitabilidade (SILVA, 2010; DONABEDIAN, 1988).

Dentro do conceito amplo de qualidade atributos como cobertura, a população que utiliza o serviço, e a equidade, que trata de ética e justiça social, devem ser considerados, ao se identificar as ações nas instituições públicas de saúde pela busca da excelência, assumindo-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SILVA, 2010; VUORI, 1991; BRASIL, 1988).

O setor público vem mobilizando suas instituições no sentido de aprimorar suas práticas com a avaliação e melhoria contínua dos processos de trabalho e adoção de recomendações para mensurar e monitorar a qualidade dos seus produtos e serviços (D\_INNOCENZO, ADAMI & CUNHA, 2006).

Pela sua relevância, o setor de hemoterapia vem acompanhando essa mobilização e despertando esforços nacionais para o monitoramento e garantia da qualidade do sangue, com atenção às normas de biossegurança, rastreabilidade do produto, reações transfusionais e doenças hemotransmissíveis, concorrendo com os atributos de qualidade referidos (PIMENTEL, 2006).

Até o início da década de 1960, a atividade hemoterápica brasileira era exercida pelos bancos de sangue hospitalares, a maioria de natureza privada, sem nenhuma regulamentação pública (SOUZA, 2010). Em 1964, foi criada a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH) devido à necessidade de controle do sangue coletado e transfundido, com o objetivo de desenvolver normas para a atividade. A lei nº 4.701,

que veio regulamentar o exercício da hemoterapia no Brasil e estabelecer as bases da Política Nacional do Sangue, foi promulgada em 1965 (SANTOS, 1991).

Em 1976, instituiu-se a Câmara Técnica de Hemoterapia (CTH), que posteriormente foi substituída pelo Programa Nacional do Sangue (Pró-Sangue), criado em 1980, através da Portaria Interministerial nº 07/80. O Pró-Sangue se constituiu em um importante marco para a instituição de ações para a segurança transfusional no país, com o estabelecimento de diretrizes para a descentralização dos serviços à população brasileira. Dentre seus objetivos estratégicos destacavam-se a manutenção da qualidade dos serviços e produtos e a normalização e fiscalização das atividades hemoterápicas (BRASIL, 2000; NOBREGA, 2009; SANTOS, 1991).

Esse marco legal contribuiu, dentre outros fatores, para o fim da doação remunerada de sangue, ação preconizada na Constituição da República de 1988, que veio a ser efetivada após a publicação da Lei Federal 10.205/2001, conhecida como Lei Betinho. Essas mudanças puderam ser atribuídas à atuação de movimentos sociais relacionados aos portadores de hemofilia ( 50% deles foram contaminados por meio de transfusões na década de 80); do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira; além da crise hemoterápica evidenciada, especialmente, após o advento da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (Aids), que exigiu medidas governamentais em busca da garantia de uma hemoterapia de qualidade no país (JUNQUEIRA, ROSENBLIT & HAMERSCHLAK, 2005; NOBREGA, 2009; BRASIL, 2001).

A lei 10205/2001 instituiu o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN, que, a partir de 2009, passou a ser coordenado pela Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH) no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. A CGSH/MS coordena o SINASAN com ênfase na formulação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados promovendo o acesso à assistência hematológica e hemoterápica para toda população brasileira (PIMENTEL, 2006; FERREIRA & GOULART, 2011).

Dentro dessa perspectiva de melhoria contínua, em 2008, foi criado o Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) para o desenvolvimento dos eixos

prioritários de gestão para a Política Nacional do Sangue: a qualificação técnica e gerencial e a gestão da informação da hemorrede. O programa foi elaborado com a participação da Hemorrede Pública Nacional, dentre outros parceiros do SINASAN, com a finalidade de aprofundar a articulação dos atores envolvidos (BRASIL, 2009).

As atividades do PNQH contemplam inicialmente a adesão voluntária dos hemocentros ao programa, visita de avaliação diagnóstica, envio de relatório de visita e descrição de plano de ação para o acompanhamento das atividades após a visita (BRASIL, 2010).

Nesse contexto de participação da hemorrede, o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) aderiu ao programa em 2008, ano em que se deu o início de suas atividades. Após a primeira visita realizada pelos avaliadores, foi gerado relatório com as não conformidades identificadas e recomendações sobre as oportunidades de melhorias. Foi indicado, ainda, o início da segunda fase do programa com sua interiorização e aplicação da metodologia de avaliação diagnóstica utilizando o instrumento do programa em todos os hemocentros regionais (HEMOCE, 2013).

O HEMOCE se desenvolveu com base na política de fortalecimento do Pró-Sangue no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo estruturado ao longo dos anos no intuito de atender a população cearense em todo o território estadual. O Pró-Sangue tinha por objetivo implantar hemocentros com atividades de coleta, produção de hemoderivados, promoção e proteção da saúde dos doadores com o incentivo a doação voluntária de sangue, além de formar recursos humanos, promover o desenvolvimento tecnológico, o controle de qualidade e a vigilância sanitária dos hemocentros (BRASIL, 2000; SOUZA, 2010; HEMOCE, 2013).

A Hemorrede do Ceará está estruturada e organizada em um Hemocentro Coordenador em Fortaleza e quatro hemocentros regionais no interior, atendendo aos 184 municípios, possibilitando, dessa forma, o acesso de doadores e pacientes aos serviços de hemoterapia e hematologia (HEMOCE, 2013).

No intuito de proporcionar segurança e qualidade aos produtos e serviços de hemoterapia, o controle dos riscos sanitários é função do Estado, que tem atualizado a

normatização da atividade com a produção de regulamentos técnicos, fiscalização do processo de produção, tendo como princípio o cumprimento de padrões técnicos e legais (NOBREGA, 2009). Na busca pelo aprimoramento de suas atividades, o HEMOCE demonstrou estar sensível a introdução de práticas de melhoria dos seus processos, a fim de garantir a qualidade de produtos e serviços oferecidos à população cearense.

Nessa direção, o presente estudo pretendeu aferir a avaliabilidade do PNQH e do seu o processo de implantação no HEMOCE, identificar a percepção de seus gestores e do grupo de assessoramento técnico acerca dessa implantação e de sua contribuição para a melhoria na qualidade do serviço.

Essa análise poderá contribuir para uma compreensão ampliada dos objetivos desse programa, das suas lacunas e limitações enquanto política pública fomentadora do desenvolvimento gerencial e técnico dos hemocentros no alcance da segurança transfusional no país.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Realizar estudo de avaliabilidade do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Elaborar e validar o modelo teórico lógico do PNQH;

Descrever o funcionamento do PNQH no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará;

Identificar a percepção dos gestores do Hemocentro Coordenador do Ceará acerca do programa;

Identificar aspectos facilitadores e obstáculos para implantação do PNQH no Hemocentro Coordenador do Ceará.

### **3. QUADRO DE REFERÊNCIA**

#### **3.1 A QUALIDADE E OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA**

O realinhamento da Política Nacional de Sangue tornou-se necessário dentro da ética de adoção de novas tecnologias, de autossuficiência de sangue e hemoderivados, de adequações físicas para os serviços de hemoterapia e hematologia, de gestão participativa, de capacitação de recursos humanos e, acima de tudo, de integração dessas ações. Para tanto, as coordenações/gerências de sangue do Ministério da Saúde têm buscado, com esforço conjunto por meio de parcerias, um bem comum: sangue de qualidade. Avaliações de consultoria e diagnósticos situacionais sempre permitiram a adoção de planos de ações que levassem à melhoria efetiva da política de sangue (PIMENTEL, 2006).

No Brasil, em se tratando de hemoterapia, temos diversos modelos de gestão da rede hemoterápica, desde administração pública direta ou indireta, com Estados tendo sua rede hemoterápica organizados com vinculação aos órgãos da administração direta, como de fundações e ainda os privados contratados.

Os modelos de gestão impactam diretamente nas condições de infraestrutura, equipamentos e financiamento, dificultando ou facilitando diretamente a implantação adequada de processos de melhoria nos serviços. O modelo de gestão pode influenciar na adesão e implantação de programas e nas áreas de hematologia e hemoterapia, voltadas para procedimentos, normas e relatórios, tem o desafio de transformar práticas de gestão em estratégias voltadas para satisfação do usuário como resultado (RODRIGUES *et al*, 2008).

Programas de qualidade têm sido desenhados desde a meta mobilizadora de Sangue de Qualidade para todos até 2003, até as recentes revisões na regulamentação da legislação específica que torna o tema de garantia da qualidade não mais como recomendação e sim como um requisito obrigatório para as instituições de todo o país.

Um programa de qualidade deve assegurar a melhoria contínua, comportando dois processos: a mensuração e avaliação de diversos aspectos da estrutura organizacional, da execução dos cuidados, ou de seus resultados e o planejamento das estratégias para seu avanço (BRASIL, 2013). Nessa perspectiva, a avaliação segue os parâmetros legais como referência de qualidade, a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados durante a realização das atividades propostas pelos programas (NOVAES, 2000).

A instituição de um sistema de gestão da qualidade (SGQ), como coordenador das ações a serem implementadas, contribuiu para a efetivação das mudanças através do envolvimento dos colaboradores e da alta gestão, do caráter não punitivo da avaliação e sua natureza de ajuda: —*Avaliar para conhecer, conhecer para ajudar, ajudar para melhorar*ll (SANTOS, 2013).

A dimensão de segurança aparece na identificação de que o cuidado inseguro aumenta o risco desnecessário ao paciente, tendo impacto direto nos resultados da assistência, sendo prioridade a adoção de sistemas para a prevenção de erros (BRASIL, 2013)

No setor hemoterápico, o advento da Aids e das demais doenças infecciosas despertou nos serviços de banco de sangue, não só atenção especial às normas de biossegurança, mas uma maior vigilância em relação à qualidade do produto sanguíneo, tanto do ponto de vista de veiculação de agentes patógenos quanto de outros possíveis efeitos adversos à transfusão de sangue (OLIVEIRA e GÓES, 2003).

Como um bom exemplo de aplicação da qualidade na hemoterapia, Quelhas (2000, p.35) destaca que —na preparação de componentes sanguíneos, é essencial a validação dos métodos utilizados e o controle sistemático e regular dos componentes, para acompanhar o processoll. Portanto, os resultados obtidos em cada um dos processos são ferramentas fundamentais para avaliar e analisar, não só a capacidade do método, como também permitir a decisão sobre a sua continuidade, ou alteração. Esses resultados estão diretamente dependentes de análise das amostras obtidas a partir quer da matéria-prima, quer dos diferentes componentes obtidos. É um exemplo da interação entre qualidade e avaliação em que a acreditação pode estar presente.

Oliveira e Góes (2003) referem que paralelo a essa maior preocupação com a melhoria dos processos, houve um investimento significativo em relação à introdução de novas tecnologias, associado a programas de qualidade, que contribuíram consideravelmente para a eficácia da transfusão.

Ao abordar a qualidade, Oliveira e Góes (2003) destacam que o sistema de prevenção de erros faz parte da dimensão de qualidade e as barreiras para prevenção de riscos e falhas interferem nos resultados negativos. Tal prevenção, no entanto, não se destina apenas a evitar lesões pessoais, mas também àquelas materiais, ambientais, além de todos aqueles incidentes que possam interferir direta ou indiretamente na eficácia do processo transfusional. Os autores referidos sugerem que uma maneira de evitar erros é implementar um Programa de Qualidade nos serviços hemoterápicos, que contemplem aspectos importantes dos processos nesta área, incluindo pessoal, equipamentos e registros.

Camargo *et al* (2007) ressaltam que a educação continuada é uma das estratégias de grande repercussão na qualidade do serviço uma vez que proporciona a revitalização e superação profissional e contribui para o desenvolvimento técnico para o controle da qualidade dos processos.

A qualificação profissional é uma das estratégias estabelecidas pela CGSH para o aperfeiçoamento técnico e gerencial da Hemorrede Pública Nacional, sendo o escopo das ações compreendido por eventos de atualização, aperfeiçoamento, discussão e pós-graduação, com as atividades e temas a serem abordados definidos em planejamento das atividades norteado pelas necessidades levantadas durante as visitas de avaliação realizadas no âmbito do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, o PNQH (BRASIL, 2013).

Quanto aos equipamentos, o artigo 16º da Portaria 2712 de 12 de novembro de 2013 da ANVISA – que redefine o regulamento técnico e sanitário de procedimentos hemoterápicos no Brasil – estabelece que o serviço de hemoterapia deve possuir ambiente e equipamentos adequados, para que as diferentes atividades possam ser realizadas segundo as boas práticas de manipulação, sendo necessário checar os

equipamentos antes de sua utilização e encaminhá-los à manutenção preventiva periodicamente, registrando qualquer informação relevante.

No Brasil, muito se tem investido em tecnologia e programas de qualidade, porém Ferreira *et al* (2007) enfatizam a necessidade de investir-se também na formação e treinamento dos profissionais, pois eles norteiam a eficácia das atividades hematológicas, sendo que a sua não capacitação pode comprometer todo o processo e gerar riscos para a saúde coletiva. Um programa de qualidade também deve incluir registros claros e não rasurados, cujos dados obtidos devem ser rotineiramente controlados e analisados de maneira que leve à melhoria da qualidade dos processos.

O interesse crescente na avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem como objetivo propiciar um clima no qual os responsáveis pela tomada de decisão, em todos os níveis, busquem dados objetivos de avaliação de qualidade sobre as instituições de saúde. Os serviços são objeto para avaliação da qualidade, e a compreensão desta ocorre quando há clareza nas relações entre a avaliação e a articulação entre gestão e garantia de qualidade (NOVAES, 2000; PIMENTEL, 2006).

A introdução das práticas da qualidade nos serviços de Hemoterapia viabiliza a obtenção de hemocomponentes e hemoderivados seguros na sua utilização, que produzem o mínimo de reações adversas e que não sejam veículos de doenças ou de outros acidentes nos pacientes. Assim sendo, torna-se necessário especificar os requisitos de qualidade necessários, estabelecer normas para todos os procedimentos de rotina, garantindo o seu cumprimento.

Os conceitos de gerência da qualidade foram desenvolvidos no contexto industrial, inicialmente a partir de pensadores norte-americanos. Seu apogeu se deu na indústria japonesa do pós-guerra. Neste cenário, Deming (1990), considerado um teórico nesta área, propôs um Método por meio do qual a qualidade é alcançada.

Autores como Crosby, Deming, Juran, Ishikawa e Taguchi desenvolveram concepções e modelos trazendo novos enfoques a respeito da produção e dos serviços com a definição de conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade (D\_ INNOCENZO, ADAMI & CUNHA, 2006). O enfoque sobre melhoramento

contínuo foi transferido para as outras áreas de atuação. Concepções como ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz, sintetizam o que significaria qualidade (AMORIM, 2000). Na saúde, e em particular nos serviços públicos de hemoterapia, diminuir a ocorrência de reações transfusionais, garantidas por um processo bem estabelecido desde a sua recepção até a sua distribuição, proporcionam qualidade às atividades.

Avedis Donabedian (1988) foi o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Em sua análise da implantação do Controle de Qualidade Total em serviços de saúde, estabeleceu algumas condições, denominando-as os sete pilares da qualidade em saúde: foco no paciente, eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Assim serviços de saúde iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação.

O Sistema Único de Saúde, conforme a Constituição Federal de 1988, adota o princípio da equidade e a busca da legitimidade social das ações. A observância da equidade, associada e aplicada à luz das técnicas, métodos e ferramentas da Gestão pela Qualidade, caracteriza-o como elemento potencial para o alcance da qualidade dos serviços de saúde.

As ações e procedimentos a serem realizados, sejam tanto na saúde em geral, como na Hemoterapia, necessitam da adoção integrada de ações, sendo o Sistema de Gestão da Qualidade imprescindível no processo inicial para certificação (ACSQHC, 2012).

Para a certificação de uma unidade de hemoterapia pela Norma NBR ISO 9001, são necessários levantamentos de informações que garantam o conhecimento e o monitoramento contínuo dos níveis de satisfação dos doadores em relação ao serviço prestado, de forma que sejam fornecidos dados para a tomada de ações corretivas que possibilitem um número cada vez maior de doadores satisfeitos (ABNT, 2001; PIMENTEL, 2006).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) faz recomendações para as atividades das organizações, seja no setor industrial ou comercial, privadas ou governamentais, apresentando normas para sistemas da qualidade. A finalidade é auxiliar as empresas a documentar com eficácia os elementos dos sistemas que devem ser postos em prática para mantê-los eficientes e com qualidade. Assim, diversas instituições se mobilizaram no sentido de adotar estas recomendações para mensurar e monitorar a qualidade dos seus produtos e serviços (ABNT, 2001).

A acreditação é a certificação, por entidade reconhecida, das instalações, capacitação, objetividade, competência e integridade de uma agência, serviço ou grupo operacional para fornecer serviços específicos. Ela difere da certificação ISO 9001 porque vai além do reconhecimento do sistema de qualidade da organização. A acreditação avalia a capacitação e a competência, tanto dos profissionais como o da própria entidade, de acordo com as normas aplicadas por igual a todas as entidades da mesma categoria.

A acreditação tomou corpo nos Estados Unidos desde o início do século XX, por meio de sucessivas fases e, ao chegar à década de 90, pôde-se observar o surgimento, no Brasil, de iniciativas relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar (PIMENTEL, 2006).

Em 1997, o Ministério da Saúde decide instalar uma comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação. No ano seguinte, é publicada a primeira edição do —Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Em 1999, é criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não-governamental e sem fins lucrativos que tem a atribuição de coordenar todo o sistema (ONA, 2000)

Com a crescente complexidade técnico-científica e profissional, inúmeros fatores estão envolvidos no resultado final da assistência à saúde com objetivo primordial de se criar mecanismos de melhoria dos serviços com o estabelecimento de parâmetros no atendimento que possam ser avaliados e monitorados na busca da qualidade (PIMENTEL, 2006).

As ações, por intermédio da organização da sociedade civil, mesmo que incipientes, estão evoluindo. Elas advêm da conscientização do papel do cidadão para além do consumidor de serviços de saúde e no caso dos serviços de hemoterapia ele também faz parte da cadeia de produção com a oferta de matéria prima única e insubstituível (NOBREGA, 2009).

A acreditação, portanto, é um instrumento de aferição da gestão da qualidade. Gera uma consciência no setor da saúde sobre a melhoria contínua da qualidade assistencial, de tal forma que os gestores se sintam motivados a participar de um processo que ofereça uma efetiva contribuição, apresentando concordância com padrões determinados de segurança e qualidade no atendimento ao paciente. Nesta direção, é mais uma vertente para melhoria da qualidade e segurança da hemoterapia (PIMENTEL, 2006)

Junqueira (2005) propôs o uso racional da Hemoterapia, com seleção criteriosa dos doadores; controle laboratorial adequado; e a adoção de técnicas que possam permitir a remoção ou inativação de agentes contaminantes. O ato transfusional é um processo que envolve um risco sanitário. A ideia de qualidade em hemoterapia, portanto, perpassa todo o processo, desde a captação dos doadores até a transfusão, no intuito de diminuir os riscos ao doador e receptor, proporcionando a qualificação deste ciclo e satisfazendo as necessidades de saúde da população.

### **3.2. ESTUDOS DE AVALIABILIDADE**

A avaliação é um mecanismo utilizado para reunir informações necessárias para a tomada de decisão. Para Contandriopoulos *et al* (1997, p. 37), a avaliação é vista como —julgamento de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes para ajudar na tomada de decisão

Diante desse julgamento de valor, o estudo de avaliabilidade ou de pré-avaliação considera a compreensão do programa ou intervenção na sua descrição, no intuito de promover o seu melhor entendimento (TREVISAN, 2007).



Os estudos de avaliabilidade (EA) foram inicialmente desenvolvidos na década de 1970 como uma pré-avaliação, motivados pela falta de informações úteis derivadas das avaliações e pela dificuldade em avaliar programas pobremente concebidos ou mal definidos (TREVISAN, 2007). O EA antecede a etapa da avaliação, com a execução de atividades como: analisar se existiam objetivos mensuráveis, se esses objetivos eram compartilhados pelos interessados, se a estrutura e os recursos do programa eram adequados e suficientes para alcançar os objetivos e se os gerentes utilizariam as informações da avaliação (WHOLEY, 1977).

O EA permite que a etapa de avaliação efetiva na prática seja aplicada com facilidade, explorando a sua capacidade de promover resultados, permitindo um entendimento aprofundado sobre o programa e apreciação prévia acerca das possibilidades de avaliação (SAMICO et al, 2010).

#### 4. O CONTEXTO DO ESTUDO: O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE

Em 2004, a Portaria nº 743 determinou como área responsável pela coordenação do SINASAN a Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (CPNSH), que assumiu como responsabilidades garantir a autossuficiência do País em hemocomponentes e hemoderivados e organizar as ações, em todos os níveis de governo, relacionadas à atenção hemoterápica e hematológica. Em 2008, a nova gestão da CPNSH<sup>1</sup> promoveu um encontro com os representantes da Hemorrede Pública Nacional, visando à construção de novas bases para a gestão com foco em resultados, no intuito de fortalecer a rede (BRASIL, 2009).

Nesse evento foi definida a visão de futuro da hemorrede: *“Uma Hemorrede integrada e qualificada, que atenda com segurança às demandas da hematologia e da hemoterapia”* (BRASIL, 2009, pag.14). No sentido de mobilizar os envolvidos para o alcance dessa visão, foram definidos os eixos prioritários para o mapa estratégico 2008-2015: promover a qualificação técnica e gerencial da hemorrede e desenvolver a gestão da informação (Figura 1) (BRASIL, 2009).

---

<sup>1</sup> Que em 2009 vem a ser chamada de Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH).

Figura 1: Mapa Estratégico da CGSH, 2008-2011



Fonte: Relatório de Gestão de 2008 da CPNSH, BRASIL, 2009.

Nesse contexto, foi instituído o Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) com a finalidade de articular a Hemorrede Pública Nacional para a melhoria dos serviços e promover a geração de informações válidas na implementação de ações para o alcance do planejamento estratégico (BRASIL, 2009).

O PNQH é um instrumento de gestão da CGSH (Figura 2), que oferece informações a todas as áreas e é planejado e operacionalizado por um Grupo de Assessoramento Técnico (GAT). Foi publicada a Portaria nº 475/GM/MS, de 17 de abril de 2015, que institui a Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública<sup>2</sup> (CAT-QNHP<sup>3</sup>), a Portaria Nº 429, de 18 de maio de 2015, nomeia os membros desse grupo que conta com doze especialistas de várias áreas de formação como médico, enfermeiro, bioquímico, biólogo, profissionais especialistas da própria hemorrede pública nacional (BRASIL, 2013 BRASIL, 2015).

<sup>2</sup> O Grupo de Assessoramento Técnico (GAT), passa a ser nomeado como Comissão de Assessoramento Técnico (CAT) a partir dessa portaria.

<sup>3</sup> O Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede - PNQH é tratado como QNHP - Qualificação Nacional da Hemorrede Pública

Figura 2 – Funcionograma da CGSH, 2012



Fonte: Relatório de Gestão de 2012, BRASIL, 2013

A partir da constituição do GAT, optou-se pela realização de visitas para avaliação dos serviços –in locoll, com verificação da situação dos serviços frente às boas práticas de produção e as normas vigentes. Foi acordado no grupo que não seria utilizado o modelo de –auditoriall e sim de uma avaliação com foco no apoio aos profissionais e serviços por meio de orientações no momento da visita. Para tanto, tornou-se necessária a elaboração de um instrumento padrão a ser utilizado por todos os avaliadores do programa, padronizando assim as visitas e, conseqüentemente, o diagnóstico dos serviços avaliados (MARTINS, 2009).

O instrumento de avaliação contempla as diversas áreas desde a recepção dos doadores até a distribuição dos hemocomponentes, passando por todo o ciclo do sangue, e também áreas gerenciais e de assistência a pacientes com doenças hematológicas. Nele são abordados requisitos baseados na legislação vigente, nos instrumentos de inspeção sanitária da ANVISA, além das experiências de boas práticas aplicadas em serviços de referência no país, documentadas a partir de avaliações de qualidade promovidas por organismos certificadores como a AABB. A classificação dos requisitos a partir da avaliação segue o padrão: conforme (atende completamente os requisitos avaliados); parcial conforme (atende parcialmente aos requisitos); não conforme (não atende aos requisitos avaliados); não se aplica (aquela atividade não é realizada na instituição) (MARTINS, 2009).

Levou-se em consideração que a avaliação possui um caráter de julgamento e no caso de intervenções complexas como programas, a atribuição de valores deve ser centrada em critérios válidos e legítimos, reconhecidos pelos interessados como confiáveis tanto pelos avaliadores como avaliados (MALIK, 2006).

Inicialmente, em 2008, foram treinados 32 profissionais da Hemorrede Nacional acerca dos objetivos do programa e construídas diretrizes para conduta dos avaliadores (PNQH CNC, 2015): gerar informações válidas e úteis, promover intercâmbio, induzir mudanças, gerar melhorias técnicas e gerenciais e o estímulo para mudanças através desse intercâmbio de cunho não punitivo - *—Avaliar para conhecer, conhecer para ajudar, ajudar para melhorar!*

Na metodologia proposta no programa, a equipe de avaliadores realiza a avaliação para emissão do relatório da visita, que norteará a construção de plano de ação frente as não conformidades encontradas. Até o momento já foram treinados 356 profissionais como avaliadores do programa (MARTINS, 2015).

Vale ressaltar que o trabalho é voluntário, com financiamento do Ministério da Saúde para o deslocamento e estadia dos avaliadores. O caráter voluntário da participação desses profissionais é destacado por Ferreira e Goulart (2011, p. 14):

Os ganhos em participar do PNQH são percebidos pelos avaliadores a partir do conhecimento e experiência adquiridos e gerados pela sinergia entre os membros do próprio grupo de avaliadores, além da credibilidade e o reconhecimento profissional no âmbito da Hemorrede. Sua motivação para este trabalho, cuja vinculação é voluntária, decididamente origina-se na possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade transfusional para o país.

A colaboração desses especialistas das áreas de Hematologia e Hemoterapia dos variados serviços de hemoterapia e hematologia do país, integrando o Grupo de Avaliadores do PNQH, confere seriedade e confiança ao processo de avaliação, com base na experiência prática nos serviços de hemoterapia em diversas áreas, possibilitando uma importante contribuição para melhoria dos serviços (BARROS & MARINHA, 2012).

A partir dos documentos analisados, os objetivos definidos do PNQH são: organizar e desenvolver as ações voltadas à qualificação técnica e gerencial da rede de serviços; identificar áreas críticas/estratégicas para investimento de recursos na Hemorrede; implantar o processo de melhoria contínua por meio da avaliação permanente; apoiar a elaboração e monitorar os Planos de Ação (PA) dos serviços para as não conformidades e/ou recomendações apontadas no relatório de visita; cooperação e integração entre serviços públicos de hematologia e hemoterapia do país; prestar consultorias técnicas e realizar capacitações conforme necessidades apontadas nas visitas; motivar mudanças internas nos serviços: implantação do sistema de gestão da qualidade, a certificação e/ou acreditação da unidade, capacitação dos profissionais (BRASIL, 2013).

Foi proposta essa estratégia com o intuito de promover a qualificação, ou seja, aprimorar a qualidade dos serviços de assistência hematológica e hemoterápica, a partir do diagnóstico realizado que subsidiaria a CGSH na execução das ações previstas para a formulação, coordenação e execução da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (BRASIL, 2013). O PNQH foi dividido em fases:

- 2008 a 2010: aconteceu o 1ª ciclo com as visitas e revisitas aos hemocentros coordenadores dos 32 Estados e Distrito Federal;

- 2010 a 2012: 2ª ciclo, etapa que inicia a estadualização do programa com a instituição do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH), com visitas de avaliação aos Hemocentros Regionais. Dá-se ênfase a capacitação de avaliadores da própria hemorrede estadual para a condução do programa nos estados em 2013;

- 2014: Neste 3ª ciclo, o foco é o alcance efetivo das agências transfusionais (AT) em todo país, um grande desafio diante da estrutura da hemorrede nacional, que conta com aproximadamente 2700 serviços de hematologia e hemoterapia e, dentre eles, mais de 50% são AT.

Nos últimos anos foram referidos avanços significativos na qualidade do sangue na hemorrede nacional (MARTINS, 2015). No entanto, ainda faz-se necessária a qualificação contínua da hemorrede pública nacional por meio de intervenções diretas

nos serviços de hematologia e hemoterapia, além de pactuação de melhorias com gestores de saúde locais para fortalecimento as estruturas estaduais.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo de avaliabilidade. Este tipo de estudo busca identificar como um determinado programa foi construído e se seu desenvolvimento foi consistente durante a implementação para que o mesmo possa ser avaliado (PATTON, 2002; SILVA, 2005) É um processo de avaliação preliminar e sistemática de um programa, em seu campo teórico e em sua prática, como forma de demonstrar se existem necessidades de ajustes nos seus componentes e identificar pontos a serem avaliados e ainda se esta avaliação tem condições de contribuir para melhorar seu desempenho (HARTZ, 1997; MENDES et al., 2010).

A avaliabilidade reúne diversas etapas segundo Levinton et al (1998) e Wholey (1994): explicitação dos objetivos do programa, construção do modelo lógico do programa, explicitando a teoria do programa, verificação se o desenho está bem planejado no sentido do alcance de seus objetivos, descrição de seu funcionamento na prática e elaboração de sugestões para o aprimoramento do programa.

### **5.2. LOCAL DE ESTUDO**

O campo de pesquisa é o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço para representar uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (MINAYO, 2007).

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE foi criado pela Lei Estadual Nº 9.497, de 20 de julho de 1971, e inaugurado em 1979, como unidade orçamentária da Secretaria Estadual de Saúde, mas o início de seu funcionamento ocorreu em 23 de novembro de 1983.

Hoje o HEMOCE é formado por um Hemocentro Coordenador, com sede em Fortaleza, quatro Hemocentros Regionais, em Sobral, Quixadá, Crato e Iguatu, um



Hemonúcleo em Juazeiro do Norte, um Posto de Coleta de Sangue no Instituto Dr. Jose Frota (IJF) em Fortaleza e sessenta e quatro Agências Transfusionais localizadas nos hospitais atendidos pela hemorrede em Fortaleza e municípios do interior do estado.

O HEMOCE atende à população do Estado do Ceará através dos Serviços Hemoterápicos, Serviços Hematológicos, Serviços de apoio ao Transplante de Medula Óssea – TMO, Serviço do Banco de Cordão Umbilical e Placentário – BSCUP.

A Hemorrede do Ceará está estruturada e organizada para atender a população cearense em todo o território estadual. A regionalização dos serviços possibilita o atendimento descentralizado a 184 municípios, 8.606.005 milhões de habitantes, 307 estabelecimentos de saúde, 64 Agências Transfusionais e 16.512 leitos, possibilitando, dessa forma, o acesso de doadores e pacientes aos serviços da Hemorrede.

Em 2008, o Hemocentro Coordenador recebeu a visita de avaliadores do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede. O HEMOCE foi o segundo hemocentro do nordeste com o menor número de não conformidades, o que motivou a CGSH/MS a escolhê-lo como um dos cinco serviços do país a passar para a segunda fase do programa e iniciar sua interiorização com aplicação da metodologia de avaliação em todos os hemocentros regionais.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE, em seu Hemocentro Coordenador, visto que o mesmo participa do PNQH desde a sua criação em 2008 até os dias atuais.

### **5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos distintos:

GRUPO 1: Grupo de Assessoramento Técnico (GAT), da CGSH, que é responsável pelo planejamento e operacionalização das ações do PNQH. Em sua formação atual é composto por 12 profissionais especialistas da própria hemorrede pública nacional, de diversas áreas de formação.

GRUPO 2: Gestores de área do HEMOCE. O hemocentro coordenador é formado por 24 gestores de áreas avaliadas pelo PNQH em seu instrumento.

A seleção dos entrevistados foi realizada por amostragem intencional. Neste sentido, foram entrevistados cinco dos 12 integrantes do GAT- PNQH e 11 dos 24 gestores de área representantes do HEMOCE. O critério de inclusão dos dois grupos baseou-se na disponibilidade dos componentes em responder às entrevistas.

#### **5.4. PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, análise documental e instrumento para validação do modelo lógico.

A entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, começada por iniciativa do pesquisador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2007). Assim, as entrevistas foram realizadas de forma individual, no local de trabalho dos informantes-chave (gestores de área) e durante a participação de um evento nacional de hemoterapia e hematologia (informantes do GAT), utilizando-se um roteiro de entrevista distinto para cada grupo (Apêndice A), gravadas em áudio com o consentimento dos entrevistados. As entrevistas ocorreram no mês de dezembro de 2014. O roteiro das entrevistas foi elaborado utilizando-se as atividades de cada grupo pesquisado dentro do programa, que permitiram responder as questões da avaliabilidade: objetivos, atividades necessárias para o programa, aspectos facilitadores e obstáculos e as questões que ainda devem ser abordadas em futuras avaliações.

Os documentos analisados foram: Diretrizes de Conduta dos Avaliadores, Portaria de nomeação do CAT QNPH, Procedimento Operacional Padrão, Relatórios de Gestão (Apêndice B).

Para coleta, processamento e análise dos dados foi construída uma matriz com os objetivos do estudo, as categorias analisadas e as fontes de produção de dados (Apêndice C). Considerando a adequabilidade ao objeto de estudo, para identificar as

concepções que os integrantes do grupo técnico de assessoramento ou de gestores de área têm a respeito do PNQH, ensejou-se provocar nos entrevistados a produção de um discurso expressando suas opiniões e ideias que puderam ser melhor analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, guiada pelos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2011).

Organizaram-se todas as falas transcritas que se referiam às perguntas em torno dos objetivos do programa, seus aspectos facilitadores, obstáculos e as lacunas apresentadas numa tabela (Apêndice D). Em seguida, após a exploração desse material, foram identificadas as unidades de sentido que são falas transcritas na íntegra contendo um núcleo de sentido. As unidades de sentido foram identificadas pela letra —CII referindo-se aos sujeitos entrevistados do primeiro grupo do GAT e uma numeração de um a cinco, que corresponde ao total de entrevistados e o segundo grupo dos gestores de área, identificados pela letra —EII com uma numeração dada a cada participante da pesquisa variando do número um a onze.

## **5.5. CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE**

Quanto ao modelo teórico lógico, a partir da análise do conteúdo das entrevistas e dos documentos disponíveis elaborou-se um modelo preliminar (Figura 3) que foi submetido a uma técnica de consenso com um grupo de especialistas para a validação de seu conteúdo. Foram elaborados instrumentos de validação pela autora (Apêndices E e F), encaminhados e submetidos a análise por um grupo de especialistas, formado por membros do Grupo de Assessoramento Técnico (GAT). Os profissionais foram selecionados a participar do estudo por conta da experiência prática em hemoterapia e hematologia, interesse e reflexão acumulada sobre o PNQH.

As técnicas de consenso normalmente são utilizadas com grupos de especialistas pelo fato de serem considerados conhecedores em profundidade de um assunto específico, por formação acadêmica ou experiência de atuação. São úteis em situações em que os parâmetros de avaliação não estão previamente estabelecidos, seja pela inexistência de estudos sistemáticos sobre o tema, seja pela indefinição ou

inexistência de consenso sobre os objetivos da intervenção (UCHOA et al, 2009). São consideradas como método sistematizado de julgamento de informações, utilizado para obter consenso de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (CASTRO & REZENDE, 2009).

Neste estudo, adotou-se uma técnica caracterizada como Delphi simplificado, com o envio por correio eletrônico de elementos informativos sobre a pesquisa (incluindo o modelo lógico em apreciação) e de questionários de resposta para um grupo de especialistas, membros do GAT. As questões se referiram (i) à pertinência de cada componente proposto no modelo lógico causal para definição de problema e causas visadas do mesmo; (ii) à pertinência de cada atividade do modelo operacional para o respectivo alcance dos objetivos do PNQH; (iii) à pertinência de cada atividade do modelo lógico teórico para os objetivos e finalidade da intervenção. Adicionalmente às perguntas objetivas, os participantes foram solicitados a sugerir modificações das atividades propostas no modelo para seu melhor entendimento.

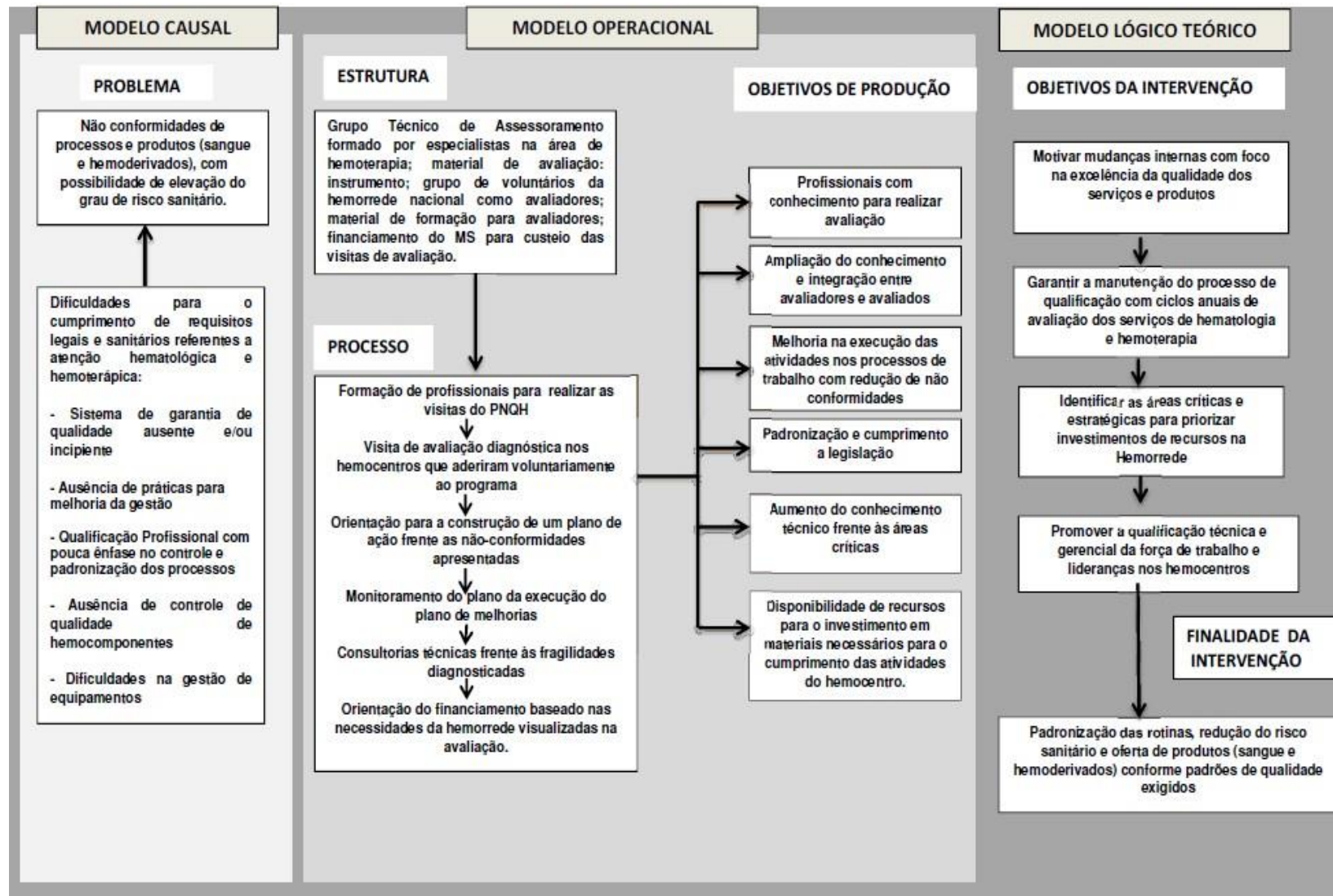
Foram realizadas duas rodadas de consenso. No instrumento da primeira rodada (Apêndice E), apresentou-se a configuração do modelo e questões para validação com perguntas assertivas (sim ou não) e com campos para sugestão de categorias não abordadas no modelo preliminar. No instrumento da segunda rodada, constavam as questões que suscitaram sugestões de modificação por parte de alguns respondentes, sendo enviado o questionário somente aos respondentes da primeira rodada para validação final (Apêndice F).

O instrumento da primeira rodada de consenso foi enviado por meio eletrônico a 10 dos doze membros do GAT/PNQH. Dos 10 questionários enviados na primeira rodada, somente 08 foram respondidos em tempo hábil para a sua análise. Na segunda rodada, o instrumento foi enviado aos oito respondentes da primeira etapa, destes cinco responderam ao instrumento.

O número de respondentes relacionado à pertinência de cada item na primeira rodada de consenso foi apresentado em formato de tabela. As sugestões e opiniões emitidas sobre os elementos do modelo lógico foram agrupadas por semelhança para o

instrumento da segunda rodada. As sugestões de modificação do modelo foram poucas e as com acordo na segunda rodada foram incorporadas ao modelo lógico final.

**Figura 3 - Modelo Preliminar do Modelo lógico teórico final do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, CGSH/MS, Brasil**



## 5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi desenvolvido considerando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos regidos pela Resolução de número 466, de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). A referida Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G) apresentava justificativa e os objetivos da pesquisa, sendo garantida a plena liberdade ao participante de recusar participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, assim como a manutenção do sigilo e da privacidade dos pesquisados durante todas as fases da pesquisa. Após a leitura e compreensão, os entrevistados o assinaram em duas vias, confirmando seu desejo de participar do estudo. Também foi obtida a Carta de Anuência da instituição para realização da pesquisa (Apêndice H).

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA e obteve parecer favorável sob o número 962.175.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. O MODELO TEÓRICO LÓGICO DO PNQH

#### 6.1.1. VALIDAÇÃO DO MODELO

Houve pouco dissenso na primeira rodada da técnica de consenso para validação do modelo lógico do PNQH, mas optou-se por uma segunda rodada para validação final em relação a tópicos nos quais foram apresentadas sugestões de modificação por parte de alguns respondentes.

Quanto à pertinência de cada causa proposta no modelo lógico causal, na primeira rodada, quatro das cinco causas apresentadas no modelo foram considerados pertinentes por todos os especialistas (Tabela 1). A causa —Qualificação Profissional com pouca ênfase no controle e padronização dos processosll foi considerada incoerente por dois dos entrevistados.

**Tabela 1** - Pertinência das causas do problema apresentada na versão preliminar do modelo causal do PNQH de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO.

CAUSAS	PERTINÊNCIA	
	SIM	NÃO
SGQ ausente ou incipiente	8	0
Ausência de práticas de melhoria	8	0
Qualificação profissional	6	2
Ausência de Controle de Qualidade de hemocomponentes	8	0
Dificuldade na gestão de equipamentos	8	0

Fonte: Elaboração da autora



Foram sugeridas novas causas a serem consideradas: falta de alinhamento com as políticas de gestão da atenção à saúde do Estado; baixa capacidade orçamentária para implantação de melhorias nas condições de infraestrutura, equipamentos e desenvolvimento de pessoal; qualificação profissional com pouca ênfase na capacitação contínua, no controle e padronização dos processos; ausência de controle de qualidade de reagentes e insumos; ausência de testes de proficiência; falta de rastreabilidade nos processos; deficiência no controle de temperatura dos equipamentos da rede de frio; deficiência no recebimento, inspeção e análise de amostras; deficiência nos processos de Hemovigilância. Essas novas causas foram submetidas à análise na segunda rodada, com um dos cinco especialistas não respondendo (Tabela 2).

**Tabela 2** - Pertinência das causas do problema sugeridas para o modelo causal do PNQH de acordo com os respondentes - 2ª RODADA DE CONSENSO.

CAUSAS	PERTINÊNCIA	
	SIM	NÃO
Falta de alinhamento com as políticas de gestão da atenção á saúde do Estado	3	1
Baixa capacidade orçamentária para implantação de melhorias nas condições de infraestrutura, equipamentos e desenvolvimento de pessoal	4	0
Qualificação profissional com pouca ênfase na capacitação contínua, no controle e padronização dos processos	4	
Ausência de Controle da Qualidade de reagentes e insumos	2	2
Ausência de participação em testes de proficiência	2	2
Falta de rastreabilidade nos processos	3	1
Deficiência no controle de temperatura dos equipamentos da linha do frio	3	1
Deficiência no recebimento, inspeção e análise de amostras	3	1

Fonte: Elaboração da autora

As causas inseridas no modelo final foram acolhidas considerando o conteúdo das entrevistas realizadas tanto com o GAT, como pelos profissionais gestores do HEMOCE. Foram apontadas a deficiência na abordagem da gestão, qualificação e financiamento como dificuldades no alcance dos objetivos do programa, aspectos que podem ser entendidos como possíveis causas do problema em virtude da sua

complexidade para resolução. Ao final, as causas incluídas foram: baixa capacidade orçamentária para implantação de melhorias nas condições de infraestrutura, equipamentos e desenvolvimento de pessoal; qualificação profissional com pouca ênfase na capacitação contínua, no controle e padronização dos processos; dificuldades na gestão de equipamentos e deficiência no controle de temperatura dos equipamentos da linha do frio.

Quanto à pertinência para os componentes do modelo lógico operacional, na primeira rodada, seis dos oito especialistas consideraram a estrutura pertinente em relação ao PNQH. A discordância quanto à estrutura se deu em relação à ausência dos profissionais de hematologia integrando o grupo de especialistas na área e ao questionamento acerca do material de avaliação, sugerindo-se clarificar o que deverá ser utilizado como material de avaliação (Tabela 3). Os oito entrevistados consideraram processo e objetivos de produção pertinentes.

**Tabela 3-** Pertinência dos componentes do modelo lógico operacional do PNQH de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO

COMPONENTES DO MODELO LÓGICO OPERACIONAL	PERTINÊNCIA	
	SIM	NÃO
Estrutura para implantação	6	2
Processo de produção	8	0
Objetivos de produção	8	0

Fonte: Elaboração da autora

Modificações acatadas acerca dos objetivos de produção após a segunda rodada de consenso: mudança do termo hemocentros por serviços de assistência hematológica e hemoterápica; inclusão de melhoria na execução das atividades nos processos de trabalho visando minimizar as não conformidades; substituição do termo aumento por ampliação no objetivo —Aumento do conhecimento técnico frente às áreas críticasll.

Quanto ao modelo lógico teórico, já na primeira rodada verificou-se consenso em relação aos objetivos da intervenção (Tabela 4), com a percepção pelos respondentes de que os objetivos listados refletem os objetivos dessa intervenção na prática.

**Tabela 4:** Pertinência dos objetivos da intervenção do modelo lógico do PNQH de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO

OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO	PERTINÊNCIA	
	SIM	NÃO
Motivar mudanças internas com foco na excelência da qualidade dos serviços e produtos	8	0
Garantir a manutenção do processo de qualificação com ciclos anuais de avaliação dos serviços de hematologia e hemoterapia	8	0
Identificar as áreas críticas e estratégicas para priorizar investimentos de recursos na Hemorrede:	8	0
Promover a qualificação técnica e gerencial da força de trabalho e lideranças nos hemocentros	8	0

Fonte: Elaboração da autora

Quando questionados sobre a finalidade da intervenção e se o modelo causal, operacional e teórico descreviam a lógica do programa, os respondentes concordaram que as informações estavam claras a fim permitir o seu entendimento, demonstrando a coerência entre a intervenção, objetivos e sua finalidade.

Em relação ao modelo como um todo considerando o problema, as causas, estrutura, processo, objetivos e finalidade, o detalhamento desses componentes (Tabela 5) foi suficiente ao entendimento do programa com clareza e coerência para sete respondentes. Um deles avaliou que estaria incompleto sendo necessário adicionar as novas causas sugeridas, como apresentadas anteriormente, para o seu completo entendimento.

**Tabela 5** - Pertinência dos componentes do modelo lógico teórico de acordo com os respondentes - 1ª RODADA DE CONSENSO

COMPONENTES DO MODELO LÓGICO TEÓRICO	PERTINÊNCIA	
	SIM	NÃO
Finalidade da intervenção	8	0
Lógica clara a permitir o seu entendimento	7	1
Coerência entre a intervenção, objetivos e a finalidade	8	0

Fonte: Elaboração da autora

### **6.1.2. MODELO TEÓRICO LÓGICO FINAL DO PNQH: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS.**

A construção do modelo teórico lógico é uma proposta para descrever e organizar as ideias, hipóteses e expectativas de um programa, de forma articulada aos resultados esperados, facilitando planejar e informar os seus objetivos e qual o funcionamento esperado (SILVA, 2005).

A modelização é composta por três modelos principais: o modelo lógico causal que busca analisar a pertinência entre o problema e suas causas, o modelo lógico operacional expressando a forma como o programa busca alcançar seus objetivos através da descrição da estrutura para implantação, o processo de implantação e objetivos de produção e o modelo lógico teórico representando o caminho entre as causas, os objetivos e a finalidade da intervenção (CHAMPAGNE et al, 2011 a).

Para Champagne e colaboradores —Modelizar é revelar o conjunto das hipóteses necessárias para que a intervenção permita melhorar a situação problemática. Pode servir de guia para apreciação normativa da estrutura, processo e resultados (CHAMPAGNE et al, 2011b). Ao configurar o desenho do funcionamento do PNQH, o modelo lógico pode ser a base para o relato de seu desempenho, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se apresenta para enfrentá-lo.

Para entender a lógica de um programa, é preciso primeiramente definir o problema que motiva a intervenção. No caso do PNQH, considerou-se como problema: não conformidades de processos e produtos (sangue e hemocomponentes), com possibilidade de elevação do grau de risco sanitário. É deste ponto de partida que se pode entender todo o processo de formulação do PNQH, em que os diferentes atores observam a importância de resolver determinado problema e o elegem dentro de uma infinidade de outros.

A dimensão causal do modelo é definida pelo problema a ser enfrentado e a definição das causas visadas, ou seja, as causas elencadas como alvo da intervenção para o enfrentamento do problema. É o ponto que antecede a operacionalização da intervenção, onde diferentes atores (gestores do sistema, profissionais dos hemocentros e coordenador da política nacional de sangue) identificam e elegem a instituição do PNQH como estratégia para intervenção em um problema, neste caso, as não conformidades de processos e produtos (sangue e hemoderivados) com possibilidade de elevação do grau de risco sanitário, dentro de um conjunto de outras soluções possíveis.

Após a segunda rodada de consenso entre os especialistas, ao elaborar o modelo final foram consideradas as seguintes causas: sistema de garantia de qualidade ausente e/ou incipiente; ausência de controle de qualidade de hemocomponentes; dificuldades na gestão de equipamentos e deficiência no controle de temperatura dos equipamentos da rede de frio; ausência de práticas para melhoria da gestão; baixa capacidade orçamentária para implantação de melhorias nas condições de infraestrutura, equipamentos e desenvolvimento de pessoal; qualificação profissional com pouca ênfase no controle e padronização dos processos.

Já a dimensão lógica corresponde ao momento de operacionalização do programa construído sob a forma de uma cadeia lógica, descrevendo a sequência de causa-efeito entre os elementos (processo e objetivos de produção), numa lógica articulada em uma série de relações —se-então. Neste sentido, foram considerados três processos como fundamentais para a implementação do PNQH, os quais são o ponto

de partida para o desenrolar dos objetivos pretendidos com esta intervenção: estrutura, processo e resultados.

A dimensão lógica operacional tem como componentes estrutura, processo e os objetivos de produção, constituindo o modelo operacional do PNQH que descreve os recursos, atores e cenário a ser explorado para a definição do processo e objetivos de produção:

a) Estrutura - componente relacionado aos recursos materiais, humanos, financeiros e organizacionais, os quais são necessários para a implantação da intervenção. No caso do PNQH seriam: Grupo Técnico de Assessoramento formado por especialistas na área de hemoterapia e hematologia; instrumento de avaliação; grupo de voluntários da hemorrede nacional como avaliadores; material de formação para avaliadores; financiamento do Ministério da Saúde para custeio das visitas de avaliação, consultorias para o enfrentamento de problemas críticos e investimento nas áreas críticas.

b) Processo - compreende as ações do PNQH enquanto processo: formação dos avaliadores, visita de avaliação do hemocentro, construção de plano de ação, auxílio na implementação das ações e informações para orientação quanto ao financiamento. Considerando a relação de "se-então" o processo é interligado diretamente aos objetivos de produção.

c) Objetivos de produção - profissionais com conhecimento para realizar avaliação; ampliação do conhecimento e integração entre avaliadores e avaliados; melhoria na execução das atividades nos processos de trabalho com redução de não conformidades; padronização e cumprimento a legislação; aumento do conhecimento técnico frente às áreas críticas; disponibilidade de recursos para o investimento em materiais necessários para o cumprimento das atividades do hemocentro.

Por fim, o modelo teórico é a representação das relações entre o modelo causal presumido, os objetivos de produção e os objetivos da intervenção com vistas ao cumprimento da finalidade da intervenção.

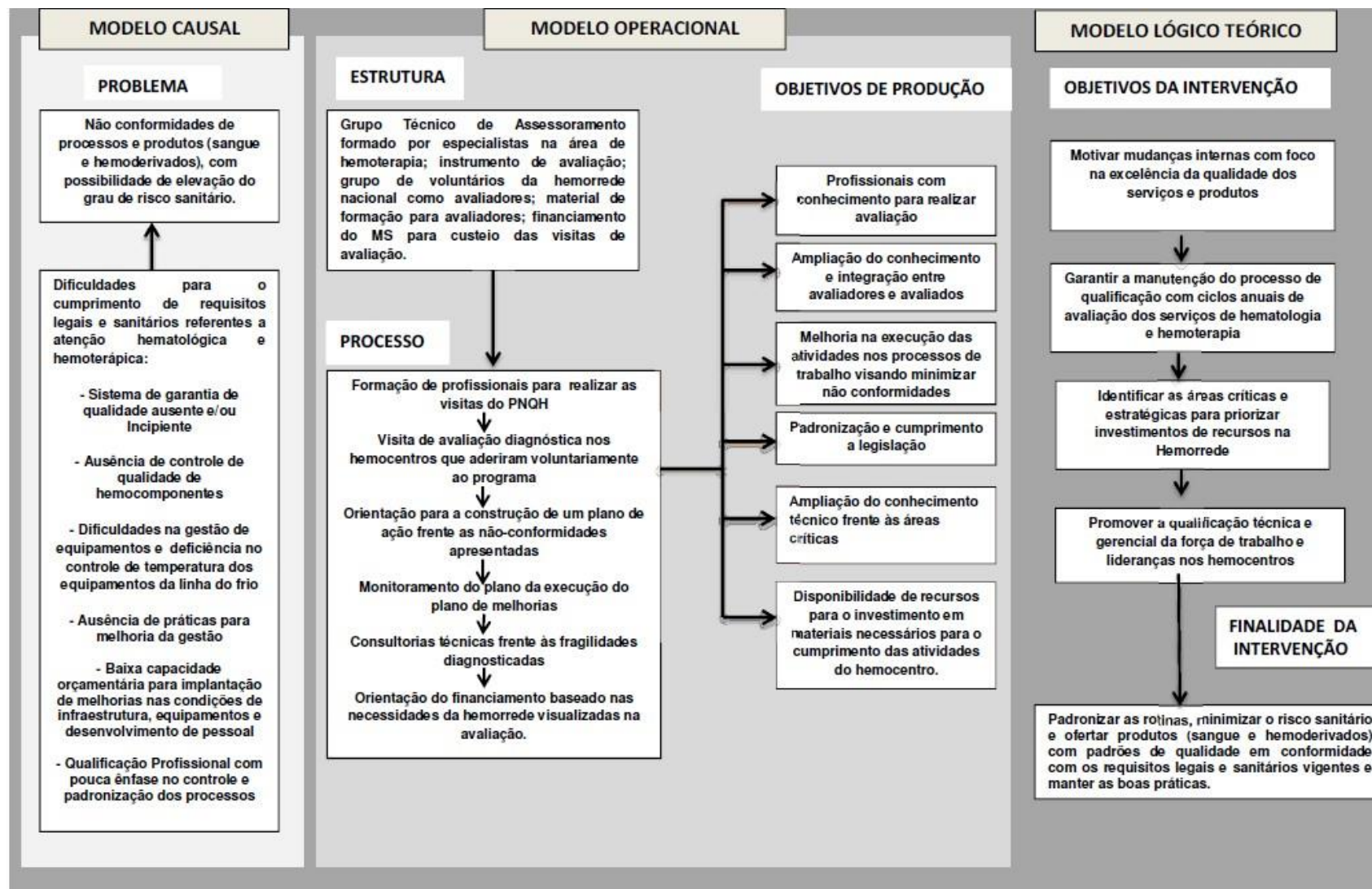
Optou-se por realizar uma distinção entre objetivos da intervenção e sua finalidade. Considerou-se que o PNQH tem como objetivos: motivar mudanças internas com foco na excelência da qualidade dos serviços e produtos; garantir a manutenção do processo de qualificação com ciclos anuais de avaliação dos serviços de hematologia e hemoterapia; identificar as áreas críticas e estratégicas para priorizar investimentos de recursos na Hemorrede; promover a qualificação técnica e gerencial da força de trabalho e lideranças nos hemocentros, impactando assim no sistema, alcançando o cumprimento dos requisitos legais e sanitários (BRASIL, 2013). Com o alcance desses objetivos levando a finalidade da intervenção, ou seja, a padronização de rotinas, redução do risco sanitário, com a oferta de produtos conforme os padrões de qualidade.

### **6.1.3. O DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO**

O objetivo do modelo lógico teórico é ser um desenho objetivo de como o programa poderá se desenvolver, de sua possível aplicação em um determinado cenário, demonstrando suas causas e quais as estratégias utilizadas para o seu enfrentamento e alcance dos objetivos e finalidade do programa (CHAMPAGNE et al, 2011).

Nesse sentido, após descrição dos fundamentos teóricos que compõem a teoria do programa (dimensão teórica) e a operacionalização das ações com a definição de sua finalidade (dimensão lógica), apresenta-se a configuração do Modelo (Figura 4).

**Figura 4** – Diagrama do Modelo lógico teórico final do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, CGSH/MS, Brasil





## **6.2. O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE NA PRÁTICA**

### **6.2.1. A PERCEPÇÃO DOS ATORES SOBRE OS OBJETIVOS DO PNQH**

Considerar-se-á neste trabalho como atores da construção do programa, os profissionais da hemorrede nacional, os gestores de área do HEMOCE e o GAT do PNQH da CGSH-MS. Os profissionais da hemorrede possuem perspectivas diferentes de acordo com suas experiências, com base no nível de excelência atribuído aos serviços em que estão inseridos, que se destacam por seus resultados em avaliações de certificação e acreditação e, além disso, em suas ideologias políticas e profissionais.

Para os entrevistados do GAT, o PNQH emerge no intuito de responder ao problema das não conformidades de processos e produtos (sangue e hemocomponentes), com possibilidade de elevação do grau de risco sanitário, possibilitando, em um espaço de desigualdades regionais, territoriais e de modelos de gestão, como o encontrado nos hemocentros de todo país, a articulação de diversos atores em torno de uma proposta de reorganização dos serviços com o cumprimento dos requisitos legais e sanitários como norteadores das ações. Os objetivos do PNH, para esses atores, são diminuir as desigualdades entre os serviços, criar uma rede colaborativa e realizar um diagnóstico da hemorrede no intuito de nortear investimentos.

Então com isso o que a coordenação pretende é diminuir essa iniquidade e que o sangue seja de qualidade em todo o Brasil (C2)

(...) seria de uma avaliação diferente de uma auditoria, mas com o intuito de fazer uma ajuda na hora dessa visita de avaliação (C4)

Os gestores de área do HEMOCE entrevistados, por outro lado, apontaram as diferenças de perspectivas, os entraves ou possibilidades para o

desencadeamento e consolidação de ações voltadas à reorganização do hemocentro. Desse ponto de vista, a CGSH-MS aparece como coordenadora das relações agindo como articuladora da estratégia em todo o país, diagnosticando as necessidades e realizando propostas de realocação de recursos segundo a necessidade dos serviços.

Na análise das entrevistas realizadas no HEMOCE, destaca-se a percepção dos entrevistados sobre os objetivos do PNQH que, para os gestores de área, são qualificação dos hemocentros, ser um instrumento de melhoria da qualidade do sangue, uma oportunidade para melhoria dos processos de trabalho, proporcionando segurança ao ato transfusional. Observa-se que os profissionais do HEMOCE têm clareza sobre a proposta do Ministério da Saúde de qualificação da Hemorrede.

(...) o Ministério precisava de algum mecanismo que qualificasse os hemocentros. (E3)

(...) o programa de qualificação da Hemorrede do país se propõe a melhoria do serviço, a segurança do ato Transfusional. (E5)

### **6.2.2. AÇÕES DO PNQH IMPLANTADAS NO HEMOCE**

Após a definição do problema e da finalidade do PNQH, torna-se importante descrever quais ações foram planejadas pelo GAT/PNQH para implantação do programa nos serviços de assistência hemoterápica e hematológica. Foram pensadas como ações do primeiro ciclo do programa: definição de instrumento para avaliação dos serviços; formação de voluntários da hemorrede nacional como avaliadores do programa; definição de diretrizes de conduta para os avaliadores (estímulo a mudanças); validação do instrumento; visita de avaliação; emissão de relatório de visita; monitoramento do plano de ação construído a partir das não conformidades; e por fim, mobilização de

recursos para o enfrentamento dos problemas críticos. Algumas falas exemplificam tais ações:

(...) então foi formado um grupo de trabalho, um GT (...) Aí o grupo desenvolveu um roteiro para ter um diagnóstico de situação.(C1)

(...) treinamentos, capacitamos e identificamos profissionais com perfil de avaliador. Fizemos piloto e implementamos nos 32 hemocentros do Brasil com uma avaliação e uma reavaliação (...)(C1)

(...) fazer uma avaliação, uma consultoria, também não é no sentido de auditoria. (...) vendo os pontos críticos, as não conformidades dentro daquele serviço, claro baseado num roteiro (...)(C2)

(...) tem um convite do programa aos serviços, serviços aderem, recebem essa avaliação, nessa avaliação além do diagnóstico já é feito uma proposição de ações, com discussão e oportunidades de melhoria. Ele recebe um relatório, com essa avaliação, com algumas recomendações. Elabora um plano de ação e vai trabalhando em cima do plano de ação. Na realidade, a ferramenta é o diagnóstico e a avaliação, é uma avaliação interna do serviço. O serviço é que tem que se mobilizar pra através de um plano e ação estruturado, desenvolver as melhorias.(C3)

As ações desenvolvidas no HEMOCE no primeiro ciclo do programa foram: adesão ao programa; visita de avaliação diagnóstica realizada pela equipe do programa; o envio de relatório de avaliação com a descrição de não conformidades, recomendações e oportunidades de melhoria; monitoramento da elaboração de plano de ação (PA) frente as não conformidades identificadas; consultoria frente aos problemas críticos; e revisita para acompanhamento do serviço.

No começo a gente só aderiu (...) se comprometeu a participar da metodologia (...) depois a gente estruturou mesmo um setor para tratar disso (...) a instituição teve que fazer os planos de ação (...) Então teve realmente uma mexida até no organograma da instituição (...)(E3)

(...) se fazia o maior empenho dentro do serviço para que se fosse corrigida as não conformidades. E nas revisitas iria se verificar se foram ou não atingidas as metas do cumprimento da correção das não conformidades. (E5)

Da primeira visita foi gerado o plano de ação (...) a gente conseguiu elencar inúmeras melhorias, desde a documentação que foi toda padronizada. Todos os documentos da qualidade foram criados, o próprio núcleo da qualidade realmente se consolidou com o pontapé inicial do PNQH, áreas vitais foram trabalhadas, tais como processamento, imunohematologia e controle de qualidade, que foram as áreas que mais foram trabalhadas nesse período. (...) a gente fez plano de ação pra visita, em 2008, em 2009 (...) junto com as áreas, acompanhou (...). E a gente fazia tipo auditoria in loco para verificar a implementação daquilo que foi desenhado como plano de ação. A gente fazia esse acompanhamento tanto que em 2009 quando retornou a visita, eles conseguiram visualizar a melhoria da implementação daquele plano de ação. (E6)

No segundo ciclo do programa, iniciou-se a interiorização com as visitas a todos os Hemocentros Regionais.

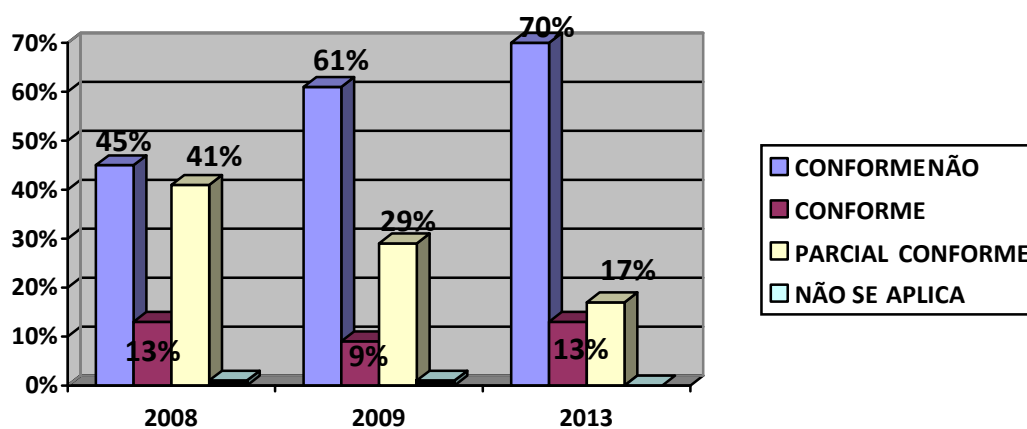
Em 2010, a gente foi convidado para participar do treinamento, para interiorizar esse processo. Então foram realizadas também visitas nos hemocentros regionais. (E6)

Que depois gerou também a necessidade de ter uma pessoa em cada regional. Já uma coisa posterior. E que nas regionais eu acho que ainda não está finalizado. Ainda está estruturando (...) (E3)

Essas ações proporcionaram ao serviço um despertar para a qualidade, impulsionando a sua execução e sendo aferida pela visita de avaliação. Entre a 1ª visita em 2008, revisita em 2009 e a nova visita em 2013, conseguiu-se ampliar o número de conformidade de 45% para 70%; o número de parcial conforme de 41% para 17%; e diminuir as não conformidades de 13% para 9%, em 2009, com retorno ao patamar de 13% em 2013 (Gráfico 1). Esse resultado foi possível com a execução do plano e envolvimento dos colaboradores, decisão da alta gestão e

instituição de núcleo da qualidade com a definição de responsável para realizar o monitoramento do planejado.

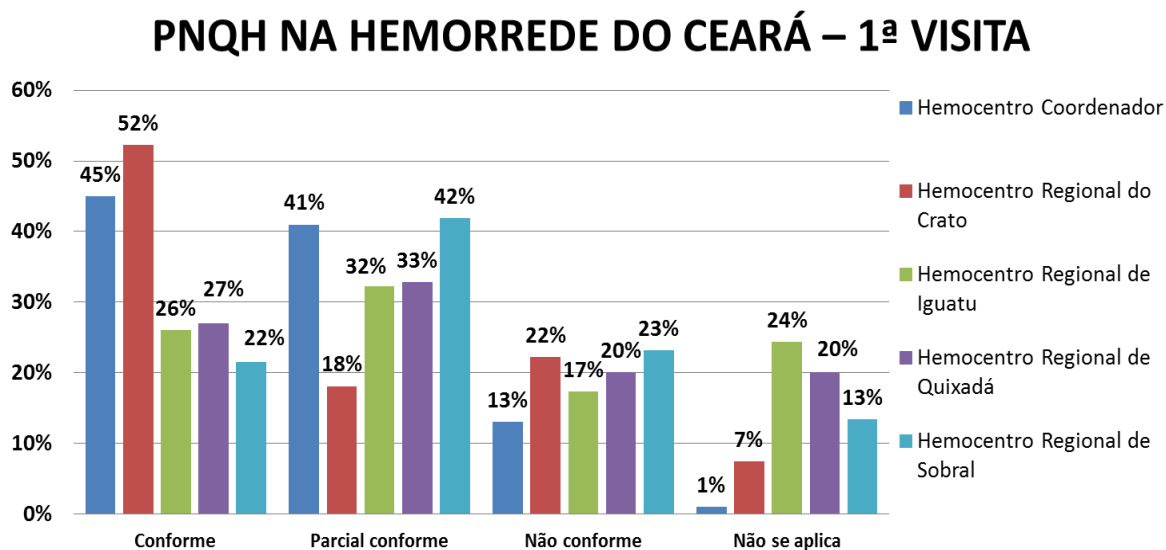
Gráfico 1 – Resultado das visitas no Hemocentro Coordenador de Fortaleza, 2008-2013.



Fonte: HEMOCE, 2013

Em 2010, foi desencadeada a segunda etapa do Programa na qual cinco profissionais da Hemorrede do Estado do Ceará foram treinados para tornarem-se avaliadores do PEQH e iniciar a participação dos hemocentros regionais no processo. O Hemocentro Regional do Crato foi o primeiro a ser visitado e, nos meses subsequentes, foram realizadas as visitas aos demais Hemocentros Regionais em Iguatu, Sobral e Quixadá (SILVA *et al*, 2012). Apresenta-se, no gráfico 2, a comparação de desempenho entre os diversos serviços. Os hemocentros regionais de Crato e de Sobral foram o que apresentaram maior(52%) e menor (22%) percentual de conformidade respectivamente.

Gráfico 2 – Comparativo de desempenho das visitas na hemorrede do Estado do Ceará, 2010.



Fonte: SILVA *et al*, 2012

Os hemocentros regionais encontram-se na fase de aplicação dos planos de ação após os resultados dos relatórios da visita e preparam-se para que no próximo ano recebam as revisitas do programa.

Os processos foram melhorados (...) por uma supervisão maior dos processos (...) o Hemocentro também se responsabiliza de fazer suas próprias visitas para poder estar fazendo a continuidade do programa e averiguação da implementação das atividades que o programa exige. (E2)

(...) a gente estruturou escritório no setor voltado pra essa questão da qualidade (...)( E3)

A partir das recomendações, o Hemocentro Coordenador do Ceará participou de modificações que visaram principalmente trabalhar os processos críticos para o seu aprimoramento, possibilitando o alcance dos objetivos do programa para obtenção de sua finalidade: padronizar as rotinas, minimizar o risco sanitário e ofertar produtos (sangue e hemocomponentes) com padrões de

qualidade em conformidade com os requisitos legais e sanitários vigentes e manter as boas práticas. Nesse processo destaca-se a implantação de um sistema de gestão da qualidade (SGQ).

Tal sistema estabelece um conjunto de políticas e procedimentos para adequar os processos de hemoterapia à legislação vigente, a Portaria 2.712, de 12 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde/ANVISA e a RDC 34, de 11 de junho de 2014, entre outras legislações que versão sobre as boas práticas nos serviços de saúde. O SGQ evidencia os processos de controle e garantia da qualidade da produção e distribuição dos hemocomponentes (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013; Brasil, 2014; RedSang-SIBRATEC, 2011).

Para o desenvolvimento de um SGQ capaz de coordenar as mudanças necessárias na instituição, foi importante a realização de um planejamento estratégico e participativo no Hemocentro Coordenador, como ainda a definição de manual de qualidade com diretrizes a serem seguidas para efetividade do proposto. O processo de implantação da SGQ contou com consultorias técnicas sobre triagem clínica de doadores de sangue e controle de qualidade em Imunohematologia, necessidades detectadas nas visitas realizadas pelo programa. Além dos treinamentos dos avaliadores no Estado, também foi incorporado o instrumento de avaliação do PNQH nas auditorias internas realizadas no Hemocentro Coordenador de Fortaleza (SILVA *et al*, 2012)

Tanto a expertise na área dos profissionais da hemorrede, como a instituição de uma corrente de ajuda mútua, com os grupos se colocando com disponibilidade para contribuir com o fortalecimento de ações de melhoria dos serviços foram fundamentais. Destaca-se, ainda, o entendimento de que a implantação de um SGQ é imprescindível para a efetivação das ações como descrito pelo GAT.

(...) ter uma estrutura de gestão da qualidade definida dentro da instituição. Em termos organizacionais, porque são essas pessoas que vão conseguir alavancar as ações (...) (C3)

(...) a instituição teve que fazer os planos de ação (...) se comprometer a escrever os planos de ação, a ver o relatório,

receber os auditores, os avaliadores (...) depois fazer tudo que eles propuseram, escrever os documentos, isso tem que ter um compromisso da instituição (...) a gente teve que ter uma pessoa voltada pra isso, que isso também foi uma decisão da diretoria. Quer dizer, tem uma pessoa voltada especificamente pra o Programa (...) outras pessoas foram treinadas, mas a (...) ficou desde o começo (...). Então teve realmente uma mexida até no organograma da Instituição para que isso fosse realmente levado a sério (...) (E3)

Então a gente saiu de um percentual de não conformidade, para um percentual (...) de conformidade muito alto (...) Então o ganho que a gente teve foi muito grande, do ponto de vista de gestão e do ponto de vista de processo (...) do ponto de vista de qualificação dos profissionais, de incorporação de padrões que a gente não tinha e que passaram a ser incorporado ao dia-a-dia. (E3)

As ações desenvolvidas pelo programa na instituição são entendidas pelos gestores como uma preparação para outras avaliações, como a certificação ISO 9001/2008 conquistada em 2013 e revalidada em 2014. Vale ressaltar que o HEMOCE se prepara para receber a visita de uma organização certificadora internacional a AABB específica para instituições de assistência hemoterápica e hematológica (HEMOCE, 2013).

O PNQH veio primeiro, veio como se fosse uma preparação até para a certificação (...) Mas o PNQH foi importante para dar o start nesse processoll (E3)

Na avaliação dos entrevistados do GAT, os efeitos percebidos das ações do PNQH no HEMOCE são a melhoria da qualidade do sangue, a melhoria nos processos de trabalho em relação à organização, padronização, registro e controle de documentos, descrição das não conformidades com adoção de medidas corretivas. Observam-se, ainda estímulos para mudanças de comportamento frente aos desafios da instituição em se qualificar e buscar melhorias e reconhecimento do seu esforço para essa implantação com a obtenção de certificados de qualidade.



A qualidade do produto que a gente está oferecendo para os pacientes. (E1)

Os processos foram melhorados. (E2)

O maior benefício do PNQH foi realmente estimular para mudança. (E6)

(...) o uso da ferramenta da qualidade, a procura para uma certificação (...) a consolidação do seu sistema de garantia da qualidade. (C4)

Interessante destacar a eficiência no serviço e a redução de custos como outros benefícios percebidos pelos entrevistados.

Como esses setores cresceram com relação à organização, a prestação de serviço, então assim, muitos setores, eles passaram trabalhar menos com mais eficiência. (E7)

Olha, redução de custos (...) percebo que as coisas estão sendo bem utilizadas, quando você vai comprar determinado produto, todo processo de validação, todo processo de conhecimento do fornecedor. (E9)

### **6.2.3. ASPECTOS FACILITADORES E OBSTÁCULOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PNQH NO HEMOCE**

Foram considerados como aspectos facilitadores para a implantação do programa o envolvimento tanto da alta gestão, como dos colaboradores e gestores do HEMOCE, bem como a característica principal do modelo de avaliação sem caráter punitivo.

O compromisso da direção em participar desse programa, isso foi uma coisa muito positiva. (E1)

A questão da grande parte dos colaboradores se dedicarem para que o processo dê certo. (E2)

A qualidade é responsabilidade de todos dentro de uma organização. O programa da qualidade no serviço de hemoterapia garante que cada hemocomponente seja processado da mesma maneira desde a seleção do doador até a transfusão (BRASIL, 2013 a).

Outro ponto importante a ser ressaltado é a disposição ou característica cultural positiva a mudanças e desenvolvimento da instituição.

O HEMOCE tem uma certa tradição, certa cultura de busca da qualidade. Então isso já estava na cultura. Já é um valor da instituição. (E3)

Aqui no HEMOCE a gente tem uma grande vontade de melhorar. (E6)

O PNQH era bem específico da área, tinha uns requisitos específicos da área, então ajudou muito, a guiar essa vontade que a instituição tinha em melhorar seus processos. (E7)

Quando lançaram o PNQH foi um momento de expectativas porque nós também estávamos na busca de uma melhoria, de qualificar. (E9)

O contexto em 2008, ano em que o programa foi lançado, apresentou-se propício para a adoção de uma estratégia centrada na diminuição do risco sanitário, com integração dos serviços e uso de uma avaliação com caráter não punitivo, além de troca de experiências entre os profissionais da hemorrede nacional. Vale ressaltar que a Política de Sangue no Brasil, um país com dimensões continentais, com grandes desigualdades regionais, vem sofrendo grandes modificações ao longo dos anos com o envolvimento de muitos atores, principalmente da sociedade, e buscando contemplar os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde.

O compromisso da alta gestão com a qualidade, como cultura da instituição, missão, valor, contribui para a adesão ao programa e se configura em um dos fatores primordiais para o sucesso da implantação do mesmo. O gerenciamento da qualidade envolve de modo marcante as pessoas da organização, seja por depender da participação delas, seja por espelhar em seu

resultado o potencial do grupo envolvido. Gestão participativa implica distribuir as responsabilidades e, ao mesmo tempo, dar voz aos indivíduos da organização (MALIK; SCHIESARI, 1998). Portanto, a cultura de busca de excelência da instituição, se reflete no envolvimento e dedicação do grupo para o alcance dos resultados, como identificado nas falas apresentadas.

A atualização das normas em âmbito nacional foi outro ponto positivo referido pelos entrevistados. A descrição dos requisitos de garantia da qualidade presentes na legislação vigente serviu como amparo legal aos critérios avaliados pelo PNQH durante as suas visitas e norteou a introdução de boas práticas para todos os procedimentos na hemoterapia e hematologia. O instrumento de avaliação proposto pelo PNQH foi elaborado baseado nesses requisitos, fator descrito como importante diante da escassez de literatura específica para a área. Com isso, o instrumento subsidiou as discussões para modificação da gestão dos processos de trabalho no serviço.

As modificações dos processos, com a introdução das práticas da qualidade nos serviços de Hemoterapia, viabiliza a obtenção de hemocomponentes e hemoderivados seguros na sua utilização, que produzem o mínimo de reações adversas e que não sejam veículos de doenças ou de outros acidentes nos pacientes (PIMENTEL, 2006).

O modelo de avaliação do serviço proposto no PNQH foi considerado, tanto pelos gestores do HEMOCE como pelos componentes do GAT, de grande importância na identificação dos pontos fortes e das fragilidades, assim como as oportunidades de melhorias detectadas *in loco* e já trabalhadas para compor o plano de melhorias dos serviços.

Eu penso que a adesão foi facilitada porque eles entendem que a proposta não era de inspeção, não era de fiscalização e sim se de apoio. (C1)

A contribuição dos profissionais da hemorrede nacional, com seu olhar diferenciado de acordo com suas experiências, suas ideologias políticas e

profissionais, tem influenciado os serviços visitados, refletindo nos seus resultados em avaliações de certificação e acreditação. Importante destacar que há um entendimento comum que a missão e a visão do programa é de padronizar e disseminar conhecimento, tanto por parte dos avaliadores atuantes no PNQH como pelos gestores do HEMOCE.

Ferreira e Goulart (2011, p. 18) identificaram que os avaliadores do PNQH entendiam o —compartilhamento e a disseminação de conhecimentos, a troca de experiências profissionais e as parcerias técnicas articuladas— como ferramenta fundamental para o alcance dos objetivos do programa. Tal característica também é destacada pelos gestores do HEMOCE como benefício para a implantação das ações, como exemplificado no trecho de uma das entrevistas:

Então, o grande benefício é realmente esse estímulo que foi dado pela visita, que mexeu com as estruturas do nosso serviço e a facilidade de troca e experiência entre a hemorrede nacional. (E6)

Já como principal dificuldade foi citada o modelo de gestão do HEMOCE, implicando em deficiência na infraestrutura, equipamentos e grandes entraves no financiamento.

O grande problema é o modelo de gestão, o modelo administrativo financeiro do HEMOCE. Somos uma unidade orçamentária do Estado, então isso dificulta (...) as coisas não caminham no mesmo passo que gostaríamos que caminhasse para qualificar que fosse rápido (...) ficam pendências que se repetem por causa desse engessamento administrativo financeiro. (E9)

Essa questão mesmo e infraestrutura do material, aquisição e material e tudo que a gente também não tinha essa facilidade como os outros hemocentros. (E8)

A característica do modelo de gestão, portanto, influencia diretamente no alcance dos resultados, pois a burocracia, o orçamento fixo, que ignora o desempenho institucional, desestimula a mudança e os esforços para realocação de recursos e a busca de alternativas para as deficiências na infraestrutura e equipamentos, impedindo o avanço rápido das instituições rumo ao nível de excelência pretendido.

Foi apontada também a resistência a mudanças de alguns colaboradores, em contraponto a facilidade de envolvimento de outros, demonstrando a complexidade da adoção de mudanças com adesão e compreensão de todos.

As pessoas não gostam de cobrança, de novidades, porque eu já faço assim, assim sempre deu certo a vida toda. (E9)

Toda mudança gera uma expectativa. E a gente teve algumas resistências. (E1)

A motivação em mudar ela é muito própria da alta administração. Mas ela não é tão disseminada para os gestores de área. (E6)

A resistência à mudança é uma característica muito discutida dentro do setor público, ainda sob a percepção de pressupostos hábitos de seus funcionários. Mas se a resistência não é privilégio do setor público, diante da constatação de benefícios provenientes das mudanças, nenhum trabalhador se recusa a considerar a importância de alterar as rotinas (MALIK; SCHIESARI, 1998).

### **6.3. ASPECTOS DO PROGRAMA A SEREM APRIMORADOS**

Os entrevistados referiram a necessidade de incorporar uma abordagem centrada na gestão como ponto a ser aprimorado no desenho atual do programa.

Como o Ministério pode estar atuando junto ao Hemocentro para estar contribuindo nas dificuldades (...). As questões principalmente financeiras quando os órgãos são públicos (E2)

Mas a parte administrativa que é uma parte de apoio extremamente importante, que impacta diretamente na área técnica, é uma área pouco abordada no PNQH. (E7)

Mas eu acho que as questões relacionadas principalmente a gestão da hemorrede, a gestão do serviço como hemorrede, elas precisam ser melhor trabalhadas (E6)

Outro ponto citado foi a necessidade de conferir maior visibilidade ao programa. No entendimento dos gestores, isso poderia contribuir para uma maior adesão ao programa em âmbito nacional, a uma disseminação mais efetiva de seus objetivos em todos os níveis nos serviços de assistência hemoterápica e hematológica, podendo gerar impacto direto no envolvimento dos servidores, descrito como ponto fundamental para o sucesso das ações implementadas. Ao ser evidenciado como estratégia prioritária da CGSH-MS para qualificação da hemorrede, poderia contribuir diretamente na gestão dessas unidades, influenciando o financiamento a nível federal e também na instância estadual. O demonstrativo dos resultados a partir do investimento em melhorias no serviço daria maior visibilidade ao programa, passando a esse ser visto como bem da instituição e população atendida. Essa questão poderia ser avaliada como uma estratégia para o enfrentamento, em nível nacional, das deficiências de alguns hemocentros que não conseguem avançar, mesmo com o suporte oferecido pelo programa, como destacado pelos entrevistados do GAT.

Acho que o que falta, do meu ponto de vista, é a visibilidade. Isso, o Ministério já podia ter um selo que tornasse isso visível. Para os doadores, para os pacientes, para os outros órgãos da administração (E3)

(...) que a Secretaria entendesse que o serviço dela, todo esse investimento que ela fez (...) resultou em que. Não fica nada, o PNQH não dá nada, só dá para quem está circulando na área (...) E o PNQH (...) tem um resultado maravilhoso e devia deixar uma marca. Eu acho que falta essa coisa da marca. (E3)

Poderia ter uma premiação (...) o PNQH poderia classificar os hemocentros para que haja uma diferenciação financeira nos repasses do Ministério. Aí a coisa fica mais séria. Você sabe que quando se mexe com dinheiro tudo se fortalece. Se o PNQH premiasse e fizesse com que você tivesse uma pontuação a nível nacional e essa pontuação mexesse no repasse financeiro no Ministério. (E9)

Quanto às lacunas do programa, os técnicos do GAT destacaram a gestão de riscos e a avaliação do macro ambiente onde o serviço está inserido como pontos a serem trabalhados em futuras avaliações.

Então toda essa parte de gestão de riscos, aliás, ela vai ter que ser modificada (...). (C4)

O grande desafio agora é tentar identificar depois de todo esse tempo de programa, alguns serviços onde (...) o programa não foi capaz de levar melhorias. (...) Bom, eu acho que o programa ele não consegue identificar as dificuldades que os serviços possam ter na relação externa aos serviços (...). Talvez o macro ambiente não é avaliado. É avaliado principalmente as questões internas do serviço. (...) Esse diagnóstico mais num macro ambiente que é o estado como um todo, a área de saúde do estado. (C3)

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) é considerado avaliável, pois apresenta definição clara e coerente do problema a ser enfrentado e existem evidências na prática do HEMOCE de que o mesmo tem ações implantadas e alcançou resultados com suas atividades.

A descrição das causas, estrutura e processo de implantação, objetivos e finalidade da intervenção foram explicitados no desenho do modelo teórico lógico. A validação de seu conteúdo, através de técnica de consenso com grupo de especialistas, permitiu um olhar mais adequado sobre os achados do presente estudo.

Ao evidenciar a pertinência entre estrutura, processos e resultados do modelo, entende-se que, na prática, essa articulação é potencializada pela mobilização interna (gestores, no caso do HEMOCE) e externa (grupo de especialistas, no caso do GAT) indispensáveis ao alcance da finalidade do programa que é diminuir o risco sanitário e auferir ganhos de qualidade aos processos de trabalho.

A modelização desenvolvida em conjunto com os profissionais especialistas do GAT e os gestores do HEMOCE buscou proporcionar uma visão mais clara acerca da construção dessa intervenção, demonstrando a percepção dos envolvidos na intervenção a respeito do problema que se quer resolver, da estrutura necessária, dos objetivos e dos resultados esperados da intervenção, além das atividades necessárias para alcançá-los. O desenho do modelo lógico trata da análise da coerência de uma intervenção para o alcance dos seus objetivos, sendo considerada como um ponto chave para uma pré-avaliação.

As ações desenvolvidas no HEMOCE, a partir das atividades do programa, proporcionaram, na percepção dos entrevistados, a melhoria da qualidade do sangue, por conta do aprimoramento nos processos de trabalho. As mudanças foram desencadeadas por meio de estímulos decorrentes da instituição de uma avaliação com a troca de experiências, facilitando o comportamento da



instituição frente aos desafios de se qualificar e buscar melhorias, com o reconhecimento do esforço da mesma para essa implantação.

Como facilidades para a implantação do programa foram considerados o envolvimento tanto da alta direção como dos colaboradores e gestores do HEMOCE, e a característica do modelo de avaliação sem caráter punitivo. Outro ponto ressaltado é a disposição ou característica cultural positiva a mudanças e desenvolvimento da instituição.

Quanto às dificuldades, foram apontadas a ausência de autonomia administrativo e financeira do HEMOCE, englobando a infraestrutura, equipamentos e o financiamento da unidade, fundamentais para proporcionar mudanças que dependem diretamente de investimentos nessas áreas, difíceis de implementar pela baixa governabilidade da gestão local.

Vale ressaltar que os entrevistados referem a necessidade de uma reavaliação quanto à abordagem da gestão e suas diversas modalidades, considerando o cenário em que estão inseridos do serviços de assistência hemoterápica e hematológica, como ainda a necessidade de uma maior visibilidade do programa, enquanto estratégia prioritária para CGSH-MS, que influenciaria diretamente na adesão aos serviços na hemorrede nacional.

As sugestões apresentadas podem apontar para elaboração de novas estratégias para a melhoria de serviços críticos que não alcançaram melhorias expressivas após a visita do PNQH, como descritos pelos componentes do GAT, que também enfatizam a necessidade de avaliar o macroambiente onde o serviço se insere como necessário ao aprimoramento da avaliação, com foco na gestão.

Dessa forma, é possível o aprimoramento da gestão de todos os serviços da hemorrede, com a busca de padronização e melhoria contínua entre os serviços. O PNQH segue uma modalidade de monitoramento e tem direcionado financiamentos do Ministério da Saúde para qualificação da hemorrede.

Entre as limitações do presente estudo podem ser citadas a insuficiência de literatura nacional sobre o tema para ampliar a discussão e a exclusão dos gestores do HEMOCE na validação do modelo lógico.

Ressalte-se ainda a insuficiência de normas ou padrões claramente estabelecidos, e o fato do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH, não se configurar como um programa com uma portaria definida, descrevendo toda a dinâmica de sua implementação, bem como a definição de recursos. Tal fato demonstra uma fragilidade que pode comprometer o seu desenvolvimento a longo prazo, visto que o mesmo se configura como uma ferramenta de gestão contando com o apoio de uma rede de colaboradores voluntários, atrelados a uma coordenação a nível nacional, podendo sofrer alterações de acordo com as decisões políticas e de gestão que são modificadas de acordo com a decisão dos governos eleitos.

Também não foram analisadas as relações do programa com o contexto, diante da pouca experiência acumulada e limites do tempo para o estudo. Tem-se clareza que a implementação de programas complexos e que esperam resultados múltiplos, como é o caso do PNQH, podem variar muito em contextos diversos como no caso da hemorrede nacional.

Atualmente o HEMOCE é a primeira unidade de saúde do Estado do Ceará, o primeiro hemocentro do nordeste e o primeiro hemocentro do país, como unidade orçamentária do estado, a receber a certificação ISO 9001:2008, a faixa ouro no prêmio GES Publica e continua participando das atividades do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede. Aponta-se o PNQH como propulsor dessas conquistas com o seu estímulo à organização e mudanças no cenário institucional. Essas informações, no entanto, não são suficientes para afirmar que as mudanças podem ser creditadas diretamente ao programa.

Conclui-se que a investigação do processo de implantação em cada serviço de hemoterapia e hematologia é condição necessária para uma avaliação dos efeitos de médio e longo prazo do programa e dos seus resultados finais. Neste sentido, recomenda-se uma análise de implantação para determinar a influência do contexto e se os efeitos de melhoria da qualidade do serviço e por consequência, produtos, podem ser atribuídos como sinalizam os resultados preliminares deste estudo, às ações do PNQH no HEMOCE.

## 8. REFERENCIAS

ABNT- **Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR I S O 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2001.

AMORIM FILHO, L. **Textos de apoio em hemoterapia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, v.1.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. **Safety and Quality Improvement Guide Standard 7: Blood and Blood Products** (October 2012). Sydney. ACSQHC, 2012.

BARROS, Sonia Maria Nunes de; MARINHA, Marden Samir Santa. **Estratégias de melhoria da qualidade em serviço de hemoterapia: implantação do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede Pública do Rio de Janeiro**, Ministério da Saúde Gestão de Hemocentros: Relatos de Práticas Desenvolvidas no Brasil III Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros – Resumos das monografias finais, 2012

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 280p

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa qualidade do sangue: sangue e hemoderivados**. Secretaria Executiva, Brasília, 2000. ISBN 85 – 334-0328-3

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001**. Ementa: Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. (REVOGA A LEI Nº 4.701, DE 28 DE JUNHO DE 1965). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de março de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2008. Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – CPNSH**, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão 2009** [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010 . 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão 2010** [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão 2011** [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 192 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão 2012** [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 242 p.

BRASIL, Anvisa. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília – DF, 1ª ed., 2013 b.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.712, de 12 de novembro de 2013. **Ementa: Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.** Diário Oficial Nº 221[da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de novembro de 2013 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Caderno de informação: sangue e hemoderivados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 158 p.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Portaria Nº 429, de 18 de Maio de 2015.** Diário Oficial Nº 93 [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 de maio de 2015 a.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Portaria Nº 475, de 18 de Maio de 2015. Ementa: institui a Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública (CAT-QNHP), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN).** Diário Oficial Nº 74 [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de abril de 2015 b.

CAMARGO, Johnny Francisco Ribeiro et al. **A educação continuada em enfermagem norteando a prática em hemoterapia: uma busca constante pela qualidade.** Revista Prática Hospitalar, ano IX, n. 51, maio-junho de 2007, p 125-131.

CARRARO, Telma E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções.** Florianópolis. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pós-Graduação em Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina.

CARRAZONE, C. F. V. et al. **Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. , v. 26, n. 2, p.45-55, 2004.

CHAMPAGNE F, BROUSSELE A, HARTZ Z, CONTANDRIOPOULOS AP, DENIS JL. **A análise de implantação.** In: BROUSSELE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ ZMA, organizadores. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011 a. p.217-38.

CHAMPAGNE F, BROUSSELLE A, CONTANDRIOPOULOS A, HARTZ Z. **Modelizar as intervenções.** In: CHAMPAGNE F, BROUSSELLE A, CONTANDRIOPOULOS A, HARTZ Z. editores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011 b.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. **A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos.** In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DEMING, W.E. **Qualidade: a revolução na administração.** Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva and CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** Rev. bras. enferm. [online]. 2006, vol.59, n.1, pp. 84-88. ISSN 1984-0446.

DONABEDIAN, A. The quality of care. Howcare it beassessed? **JAMA**, v. 260, n.12, p. 1743-8, 1988.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch. Pathol. Med. v. 114, p. 1115-8, 1990.

FERREIRA, Oranice; MARTINEZ, Edson Z.; MOTA, Celso A.; SILVA, Antônio M. **Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem.** Rev. bras. hematol. hemoter. 2007; 29(2):160-167.

FERREIRA, Jussara Cargnin; GOULART, Sonia. **Perfil de competências dos avaliadores da hemorrede: Uma contribuição para o aperfeiçoamento da gestão do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH, IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília – DF, 2011**

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.**

HEMOCE, **Informativo do Hemoce, Edição 0041, Ano XXV, Janeiro a Março/2013).**

HEMOCE, **Plano Diretor de Regionalização da Assistência Hemoterápica do Estado do Ceará / 2012 – 2015**. Aprovado pela Câmara de Assessoramento para Formulação da Política de Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados do Estado do Ceará em 07 de março de 2013. e pelo Conselho Estadual de Saúde em 12 de agosto de 2013 (RESOLUÇÃO Nº 29/2013, Fortaleza – CE, 2013)

JUNQUEIRA, Pedro C.; ROSENBLIT, Jacob and HAMERSCHLAK, Nelson. **História da Hemoterapia no Brasil**. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [online]. 2005, vol.27, n.3, pp. 201-207. ISSN 1516-8484.

LEVITON LC, COLLINS C, LAIRD B, KRATT P. **Teaching evaluation using evaluability assesement**. Evaluation. 1998; 4: 389-409.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**, Volume 3, São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – – (Série Saúde & Cidadania)

MARTINS, Jane Terezinha; REIS, Liliane. **Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, 2013**. Disponível em: <http://www.nutes.ufpe.br/rhemo/downloads/>

MARTINS, Jane Terezinha; REIS, Liliane. **Panorama atual do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, 2015**. Aula ministrada em abril de 2015, no Encontro de avaliadores do PNQH.

MINAYO, M. C. S. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA, A. S. **O perfil do doador de sangue habitual e fidelizado do Hemoce-Crato**. Crato, 2003. 73p. Monografia (Especialização em saúde pública) – Universidade Estadual do Ceará.

NOBREGA, Amal Kozak. **Vigilância Sanitária em serviços de hemoterapia: avaliação e controle do risco de infecções virais HIV/HBC/HCV transmissíveis por transfusão**. Salvador, 2009. Acessado em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9696/1/Amal%20Diss.pdf>

NOVAES Hillegonda Maria D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde** Rev. Saúde Pública, Vol. 34, nº 5, outubro de 2000. Acesso em 10/01/14, disponível em [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)

OLIVEIRA, Maria do Carmo Valgueiro Costa; GÓES, Sônia Maria Pires Meira. **Guia Prático de transfusão: Ambulatorial e Hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, 132p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade**. Brasília (DF): 2000.

PATTON, MQ. **Qualitative research and evaluation methods**. Third edition. Sage publications, 2002. Unidades Stades

PIMENTEL, Marcos Alfredo. **A questão do sangue: rumos das políticas públicas de hemoterapia o Brasil e no exterior** / - 2006. 150p. Disponível em banco de teses capes

RODRIGUES, Daniela O. W.; PROIETTI, Anna B. F. C. and CIOFFI, Junia G. M. **Hemominas: aplicação e impacto do instrumento de auto-avaliação de 250 pontos do Gespública**. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [online]. 2008, vol.30, n.2, pp. 101-107. ISSN 1516-8484

SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 29-42.

Santos, L.A.C. **“A hemoterapia no Brasil de 64 a 80.”** Physis v. 1 (1991): p.161-181.

SANTOS, Cláudio Medeiros. **Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH**, 2013. Disponível em: <http://www.nutes.ufpe.br/rhemo/downloads/>

SILVA, L. M. V. da. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 5-39.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009. 219-237p. In: COSTA, EA.,(Org.). Vigilância Sanitária: temas para debate online. ISBN 978-85-232-0652-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

SILVA NA, BARBOSA SM, MOREIRA AP, BRITO MV, PIMENTEL JF, OLIVEIRA KV. **Descentralizando o Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede: a experiência da Hemorrede do Ceará**, Rev Bras Hematol Hemoter. 34(Supl. 2):377-532, 2012, São Paulo – SP. ISSN 1516-8484

SILVA, Leandra Terezinha Roncolato. **Avaliação da qualidade de assistência a saúde quanto as medidas de prevenção e controle da pneumonia associada a ventilação mecânica**. Ribeirão Preto, 2010. acesso em banco de teses Capes em 10/12/13

SOUZA, André Evangelista et al. **Direito da Saúde no Brasil**. Organizadora: Lenir Santos. Campinas/SP: Saberes Editora, 2010.

TREVISAN M. **Evaluability Assessment From 1986 to 2006**. American Journal of Evaluation. 2007; 28(3):290–303.

Uchoa A, Gondim G, Barreto M, Rocha N, Rocha P. **Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação de informações em saúde**.

In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, editores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.



VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Divulg Saúde debate, Londina, n. 3, p. 17-25, 1991.

WHOLEY, J. S. **Evaluability assessment**. In: Rutman, L. (Ed.). **Evaluation research methods: A base guide**. Beverly Hills CA: Sage, 1977. p. 41-56.

WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (Ed.) **Handbook of practical program evolution**, 1994

## 9. APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

<b>ROTEIRO 1: GRUPO DO COMITÊ DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO DA CGSH</b>	
<b>1 – O que se pretendia com o programa nacional de qualificação da hemorrede - PNQH?</b>	
<b>2 - Quais as etapas que o serviço deve executar para aderir e colocar em prática o PNQH?</b>	
<b>3 – Quais os fatores que facilitam a adesão do PNQH pelo serviço?</b>	
<b>4 – Quais os fatores que dificultam a adesão do PNQH pelo serviço?</b>	
<b>5 – Como a CGSH avalia os benefícios obtidos pelo serviço com a adesão ao PNQH?</b>	
<b>6 – Em sua opinião quais fatores que não foram abordados e poderiam ser inseridos em futuras avaliações?</b>	

<b>ROTEIRO 2: GRUPO GESTOR DO HEMOCENTRO COORDENADOR DO CEARÁ - HEMOCE</b>	
<b>1 – O que se espera com a adesão ao PNQH?</b>	
<b>2 – Quais etapas foram realizadas na execução e implementação do PNQH?</b>	
<b>3 – Quais os fatores que facilitam a adesão do PNQH pelo serviço?</b>	
<b>4 – Quais os fatores que dificultam a adesão do PNQH pelo serviço?</b>	
<b>5 – Quais benefícios foram percebidos em sua prática?</b>	
<b>6 - Em sua opinião quais fatores que não foram abordados e poderiam ser inseridos em futuras avaliações?</b>	

## APENDICE B – DOCUMENTOS ANALISADOS PARA CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO

- Termo de Adesão ao Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH
- **Relatório de gestão 2008** [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados / Ministério da Saúde, 2009 . 36 p.
- **Relatório de gestão 2009** [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados / Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, 2010 . 108 p.
- **Relatório de gestão 2012** [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados / Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, 2013. 242 p. ISBN 978-85-334-2053-3
- FERREIRA, Jussara Cargnin; GOULART, Sonia. **Perfil de competências dos avaliadores da hemorrede: Uma contribuição para o aperfeiçoamento da gestão do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH**, Brasília – DF, 2011
- BARROS, Sonia Maria Nunes de; MARINHA, Marden Samir Santa. **Estratégias de melhoria da qualidade em serviço de hemoterapia: implantação do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede Pública do Rio de Janeiro**, Ministério da Saúde Gestão de Hemocentros: Relatos de Práticas Desenvolvidas no Brasil III Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros – Resumos das monografias finais, 2012
- Plano Diretor de Regionalização – 2012-2105 do Hemoce
- Legislação específica: Portaria 2712/13 ; RDC 34/14
- Diretrizes para conduta dos avaliadores do PNQH CNC, 2015
- Recrutamento e treinamento de profissionais para composição do Grupo de Avaliadores do PNQH – PO.PNQH 001, revisado em 2015

## APÊNDICE C - Matriz de coleta, processamento e análise dos dados

Objetivos Específicos	Categoria Operacional	Categorias empíricas	Fontes de produção dos dados	Instrumentos para produção dos dados
Elaborar e validar o modelo teórico lógico do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH	Modelo lógico teórico	<p>Problema a ser enfrentado</p> <p>Causas do problema</p> <p>Finalidade</p> <p>Objetivos</p> <p>Intervenção (Ações/Atividades Recursos)</p> <p>Resultados esperados</p>	<p>Análise documental</p> <p>Entrevistas</p> <p>Revisão de literatura</p>	<p><u>Roteiro de análise documental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual a finalidade de criar o PNQH?</li> <li>- Quais seus objetivos?</li> <li>- Quais as suas estratégias de implantação?</li> <li>- Como se dá o seu monitoramento?</li> <li>- Qual a estratégia de difusão dessa informação?</li> <li>-Quais ações são realizadas a partir desse diagnóstico</li> </ul> <p><u>ROTEIRO 1: GRUPO DO COMITÊ DE ACESSORAMENTO TÉCNICO DA CGSH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-O que se pretendia com o programa nacional de qualificação da hemorrede - PNQH?</li> <li>- Quais as etapas que o serviço deve executar para aderir e colocar em prática o PNQH?</li> <li>- Quais os fatores que facilitam a adesão do PNQH pelo serviço?</li> <li>- Quais os fatores que dificultam a adesão do PNQH pelo serviço?</li> <li>- Como a CGSH avalia os benefícios obtidos pelo serviço com a adesão ao PNQH?</li> </ul>
Descrever o funcionamento do PNQH no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará	O programa na prática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações desenvolvidas</li> <li>- Aspectos facilitadores e obstáculos para implantação do PNQH no Hemocentro Coordenador do Ceará</li> </ul>	Entrevistas	<p><u>ROTEIRO 2: GRUPO GESTOR DO HEMOCENTRO COORDENADOR DO CEARÁ – HEMOCE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que se espera com a adesão ao PNQH?</li> <li>- Quais etapas foram realizadas na execução e implementação do PNQH?</li> <li>- Quais os fatores que facilitam a adesão do PNQH pelo serviço?</li> <li>- Quais os fatores que dificultam a adesão do PNQH pelo serviço?</li> <li>- Quais benefícios foram percebidos em sua prática?</li> </ul>

<p>Identificar problemas prioritários para avaliação do PNQH no Hemocentro Coordenador do Ceará.</p>	<p>Lacunas no conhecimento sobre o programa no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará</p> <p>Aspectos a serem aprimorados</p>	<p>- Foco para avaliações futuras</p>	<p>Entrevistas</p>	<p><u>ROTEIRO 1: GRUPO DO COMITÊ DE ACESSORAMENTO TÉCNICO DA CGSH</u></p> <p>– Em sua opinião quais fatores que não foram abordados e poderiam ser inseridos em futuras avaliações?</p> <p><u>ROTEIRO 2: GRUPO GESTOR DO HEMOCENTRO COORDENADOR DO CEARÁ – HEMOCE</u></p> <p>- Em sua opinião quais fatores que não foram abordados e poderiam ser inseridos em futuras avaliações?</p>
--	--	---------------------------------------	--------------------	---

**APÊNDICE D - Matriz de evidências do estudo de avaliabilidade do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará**

Objetivos Específicos	Categoria Operacional	Categorias empíricas	Evidências <sup>2</sup>
Elaborar e validar o modelo teórico lógico do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH	Modelo lógico teórico	<p>Problema a ser enfrentado</p> <p>Causas do problema</p> <p>Finalidade</p> <p>Objetivos</p> <p>Intervenção (Ações/Atividades/ Recursos)</p> <p>Resultados esperados</p>	<p>(C1) [OBJETIVO] (...) a ideia a principio seria alcançar uma uniformidades dos hemocentros coordenadores (...)</p> <p>(C2)[OBJETIVO] Então com isso o que a coordenação pretende é diminuir essa iniquidade e que o sangue seja de qualidade em todo o Brasil. (...)</p> <p>(C3) [OBJETIVO] A ideia inicial era criar um programa de colaboração mútua dentro da hemorrede. (...)</p> <p>(C4) [OBJETIVO] Quando foi criado o PNQH em 2008, a intenção (...) que a coordenação elaborasse um programa, seria de uma avaliação diferente de uma auditoria, mas com o intuito de fazer uma ajuda na hora dessa visita de avaliação. Que os avaliadores que fossem lá, já verificasse oportunidade de melhoria, e ali mesmo naquela oportunidade já fizesse esse apoio, essa ajuda aos hemocentros. (...)</p> <p>(C5) [OBJETIVO] (...) se ter um diagnóstico de toda hemorrede, pra se direcionar os investimentos feitos pela coordenação.</p> <p>(C1) [PROBLEMA] (...) tamanha desigualdade da qualidade e da segurança que os hemocentros traziam para o Brasil (...)</p> <p>(C2) [PROBLEMA] O objetivo do PNQH foi essa iniquidade do serviço nas regiões do Brasil. E dificuldade de acesso às informações, acesso a recursos, falta de uma assessoria técnica, mais da coordenação do sangue, por questões de recursos humanos. (...)</p> <p>(C1)[INTERVENÇÃO] Com isso nós precisávamos implementar estratégias, então foi formado um grupo de trabalho, um GT (...) Aí o grupo desenvolveu um roteiro para ter um diagnóstico de situação. (...)</p> <p>(C1) E aí a gente criou um roteiro para uniformizar, treinamentos, capacitamos e identificamos profissionais com perfil de avaliador, também foram capacitados. Fizemos piloto e implementamos nos</p>

		<p>32 hemocentros do Brasil com uma avaliação e uma reavaliação. Um a dois anos depois pra a gente avaliar em que área era mais necessárias as ações. (...)</p> <p>(C2) [INTERVENÇÃO] (...) o PNQH tem todo esse roteiro para avaliar essas etapas, para avaliar todos os serviços executados pelos hemocentros.</p> <p>(C3) [INTERVENÇÃO] Na realidade tem um convite do programa aos serviços, serviços aderem, recebem essa avaliação, nessa avaliação, além do diagnóstico já é feito uma proposição de ações, com discussão e oportunidades de melhoria, ele recebe um relatório, com essa avaliação, com algumas recomendações. Elabora um plano e ação e vai trabalhando em cima do plano de ação. Na realidade a ferramenta que é o diagnóstico e a avaliação, é uma avaliação interna do serviço. O serviço é que tem que se mobilizar pra através de um plano e ação estruturado, desenvolver as melhorias.</p> <p>(C3) [INTERVENÇÃO] Essa colaboração ia acontecer utilizando a ferramenta de visitas, e uma ferramenta estrutura de avaliação que foi desenvolvido com os trabalhos iniciais pelo grupo de trabalho, pelo GT do PNQH.</p> <p>(C4) [INTERVENÇÃO] Bom, primeiro foi elaborado um termo de compromisso, um termo de adesão, onde eles se comprometiam a receber, participar desse programa, recebendo essa visita de avaliação, e fazendo um plano de ação pra executar as melhorias apontadas, ou corrigir as não conformidades apontadas durante as visitas.</p> <p>(C5) [INTERVENÇÃO] assinar um termo de adesão ao programa, e ter conhecimento dos objetivos do programa (...) a visita dos avaliadores e o cumprimento do plano de ação que após a visita é solicitado, e é encaminhado a coordenação e o acompanhamento de todo esse plano de ação, que são as melhorias,</p> <p>(C2) [PROCESSO DE TRABALHO] E sim no sentido de colaborar com o serviço, fazer uma avaliação, uma consultoria, também não é no sentido de auditoria. (...) vendo os pontos críticos, as não conformidades dentro daquele serviço, claro baseado num roteiro, o PNQH tem todo esse roteiro pra avaliar essas etapas, pra avaliar todos os serviços (...)</p> <p>(E1) [OBJETIVO] melhoria da qualidade do sangue que a gente está oferecendo para a população (...) você iria ter um controle maior de todas as etapas do sangue, do ciclo do sangue, para que essa qualidade fosse garantida (...) a qualidade do produto que a gente está oferecendo para os pacientes.</p> <p>(E2) [OBJETIVO] Então realmente trazer a qualidade, implementar e dar continuidade a questão da qualidade no Hemocentro.</p> <p>(E3) [OBJETIVO] (...) o Ministério precisava de algum mecanismo que qualificasse os hemocentros (...) a gente já tinha um certo nível de qualidade bom e a gente sabia disso. Mas o que a gente queria era realmente chegar a um nível de excelência(...)</p> <p>(E4) [OBJETIVO](...) o objetivo dele é padronizar, moldar as ações (...)</p>
--	--	---

			<p>(E5) [OBJETIVO] Bem, o programa de qualificação da Hemorrede do país se propõe a melhoria do serviço, a segurança do ato Transfusional (...) Que acho que o intuito final, a ponta, o final realmente, a segurança do ato. E é isso que a gente tem que buscar com todos esses programas que o Ministério coloca.</p> <p>(E6) [OBJETIVO] (...) que a grande motivação era realmente dar um salto na qualidade (...) Então o principal objetivo era realmente reativar esse núcleo da qualidade, dar um salto de qualidade no serviço.</p> <p>(E8) [OBJETIVO] Porque o objetivo é sempre a melhoria continua, sempre dos processos.</p> <p>(E9) [OBJETIVO] (...) quando lançaram o PNQH foi um momento de expectativas porque nós também estávamos na busca de uma melhoria, de qualificar, de garantir uma qualidade para o nosso serviço (...) as propostas de melhoria para a instituição (...)</p>
<p>Descrever o funcionamento do PNQH no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará</p>	<p>O programa na prática</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações desenvolvidas</li> <li>- Aspectos facilitadores e obstáculos para implantação do PNQH no Hemocentro Coordenador do Ceará.</li> </ul>	<p>(E1) [AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HEMOCE] Teve visitas do pessoal do ministério (...)</p> <p>(E2) [AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HEMOCE] (...) que o próprio Hemocentro também se responsabiliza de fazer suas próprias visitas para poder estar fazendo a continuidade do programa e averiguação da implementação das atividades que o programa exige.</p> <p>(E3) [AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HEMOCE] No começo a gente só aderiu (...) se comprometeu a participar da metodologia (...) depois a gente estruturou mesmo um setor para tratar disso. Então uma sala, um computador, inicialmente um profissional, depois dois, depois um secretário. Quer dizer a gente teve que montar realmente uma estrutura para se dedicar as ações que vieram apontadas pelos avaliados (...) a instituição teve que ter em fazer os planos de ação (...) Então teve realmente uma mexida até no organograma da Instituição para que isso fosse realmente levado a sério. (...) Que depois</p>



			<p>gerou também a necessidade de ter uma pessoa em cada regional. Já uma coisa já posterior. E que nos regionais eu acho que ainda não está finalizado. Ainda está estruturando (...)</p> <p>(E4) [AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HEMOCE] Eu acho que foi o treinamento, teve o treinamento, o setor Recursos Humanos fez, teve a qualidade também, apresentou os indicadores.</p> <p>(E5) [AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HEMOCE] (...) era feito uma avaliação, auditoria em todos os setores, e eram verificadas as conformidades e as não conformidades presentes. Se deixava um relatório e se marcava um prazo para ser feito uma revisita e se avaliar realmente se tinha sido cumprido aqueles resultados dos relatórios (...) se fazia o maior empenho dentro do serviço para que se fosse corrigida as não conformidades. E nas revisitas iria se verificar se foi ou não atingidas as metas do cumprimento da correção das não conformidades.</p> <p>(E6) [AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HEMOCE] Da primeira visita foi gerado o plano de ação onde a gente conseguiu elencar inúmeras melhorias, desde a documentação que foi toda padronizada. Todos os documentos da qualidade foram criados, o próprio núcleo da qualidade realmente se consolidou com o pontapé inicial do PNQH, áreas vitais foram trabalhadas, tais como processamento, imuno hematologia e controle de qualidade, que foram as áreas que mais foram trabalhadas nesse período e em 2010 a gente foi (...) isso a gente fez plano de ação pra visita, em 2008, em 2009 a gente fez esse plano de ação junto com as áreas, acompanhou (...) E a gente fazia tipo auditoria in loco para verificar a implementação daquilo quem foi desenhado como plano de ação. A gente fazia esse acompanhamento tanto que em 2009 quando retornou a visita, eles conseguiram visualizar a melhoria da implementação daquele plano de ação. Em 2010 a gente foi convidado para participar do treinamento, para interiorizar esse processo. Então foi realizado também visitas nos hemocentros regionais. E que o grande passo é realmente estimular pra mudança, orientar. E o serviço, aprender o conteúdo, elaborar plano de ação, monitorar e executar.</p> <p>(E7) [AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HEMOCE] (...) foi feito um curso inicial, (...) com alguns funcionários daqui do HEMOCE para que entendesse melhor o processo do PNQH (...)</p> <p>(C2) [FACILIDADES/OBJETIVOS DE PRODUÇÃO] Com muito bons olhos, essa avaliação do serviço, aqueles serviços que aderem, que caminham e que traçam seus planos de ação e que executam de fato, tem excelentes resultados em muito pouco tempo. Agora já tem os apadrinhamentos de um serviço para outro. Então tudo isso facilita a adesão.(...) (...), pra que não tenha mais essas não conformidades, então isso também é um envolvimento muito grande, o comprometimento muito grande. Todos. Inclusive dos profissionais das áreas técnicas. (...)a coordenação ela não criou esse programa Nacional de</p>
--	--	--	---

			<p>qualificação da hemorrede no sentido de punição, de auditoria, mas no sentido de colaborar com o serviço de assistência hematológica e hemoterápica públicos do Brasil, no sentido de ele se qualificar de melhorar os seus processos. (...)</p> <p>(C1) [FACILIDADES] Eu penso que a adesão foi facilitada porque eles entendem que a proposta não era de inspeção, não era de fiscalização e sim de apoio. E que isso proporcionaria maior integração entre os serviços (...) Quando a gente ficou mais unido, mais integrado, onde um aprendeu mais com o outro.</p> <p>(C1) [FACILIDADES] A gente faz as revisitas e acompanha os dados numéricos de conformidade com os padrões. Naquele momento a gente conversa, já discute, identifica oportunidade de melhoria e muitas vezes a gente orienta já no ato. Foi um grande benefício que eu encontro ali.</p> <p>(C3) [FACILIDADES] (...) ter uma estrutura de gestão da qualidade definida dentro da instituição. Em termos organizacionais, porque são essas pessoas que vão conseguir alavancar as ações. Não que elas vão realizar as ações de melhoria, mas em existindo um escritório da qualidade, uma estrutura que coordene as ações de melhoria, isso facilita bastante. Além da valorização do programa pela alta direção da instituição. Que é essencial (...)</p> <p>(C4) [FACILIDADES] E o olhar de não ser o fiscalizador, que também foi o ponto mais importante. Diferentemente de uma inspeção.</p> <p>(C5) [FACILIDADES] que é promover o intercambio das unidades, da rede de hemocentros. Isso a gente vê que realmente acontece (...) isso ai acho que é uma forma de saber que é um processo de melhoria (...)</p> <p>(E1) [FACILIDADES] (...) o compromisso da gestão (...) o compromisso com a direção em participar desse programa, isso foi uma coisa muito positiva. Porque não adianta a gente querer implantar, melhorar, mas a gente não vai ter o apoio da direção.</p> <p>(E2) [FACILIDADES] (...) a questão da grande parte dos colaboradores, se dedicarem para que o processo dê certo.</p> <p>(E3) [FACILIDADES] O HEMOCE tem uma certa tradição, certa cultura de busca da qualidade. Então isso já estava na cultura. Já é um valor da instituição (...) o HEMOCE sempre teve essa disponibilidade de se enxergar, de se deixar enxergar pelos outros. (...) fazer tudo que eles propuseram, escrever os documentos, tem que ter um compromisso da instituição em fazer realmente (...)</p> <p>(E4) [FACILIDADES] Acho que a cooperação, acho que todo mundo aceitou, todo mundo abraçou.</p> <p>(E5) [FACILIDADES] (...) a gente tem uma diretora que é muito participativa, que gosta muito das coisas assim direitas, ela prima muito pela qualidade dos serviços, ela está sempre nos programas do Ministério.</p> <p>(E6) [FACILIDADES] Aqui no HEMOCE a gente tem uma grande vontade de melhorar. É uma vontade</p>
--	--	--	--

		<p>enorme. Qualquer programa de qualidade, qualquer coisa nova, ela é muito bem aceita.</p> <p>(E7) [FACILIDADES] Eu acho que o principal fato que facilitou foi a vontade dos gestores em melhorar as suas áreas. (...) Então acho que cada gestão e sua área, teve assim, uma das coisas que mais facilitaram, perceberam a importância do PNQH, viram que aquilo ia só trazer melhoria para seu serviço, e realmente resolveram aderir aquelas melhorias.</p> <p>(E7) [FACILIDADES] (...) uma das coisas que mais dificultava o nosso, essa ideia de melhoria de qualidade, era não se ter algo específico para hemoterapia. Então quando surgiu o PNQH, o PNQH era bem específico da área, tinha uns requisitos específicos da área, então ajudou muito, a guiar essa vontade que a instituição tinha em melhorar seus processos.</p> <p>E8) [FACILIDADES] Acho que o comprometimento dos gestores, da direção, a direção querer realmente (...) o comprometimento dos gestores e dos funcionários como um todo. Todo mundo se uniu naquele objetivo.</p> <p>(E9) [FACILIDADES] A alta direção (...) veio com uma ideia de deixar o hemocentro de uma maneira que de quando chegasse uma outra administração não desfizesse o que a outra administração fez de bom e uma maneira de garantir isso é qualificando (...)</p> <p>(C1) [DIFICULDADES/ CAUSAS DO PROBLEMA] A adesão e melhoria, e de execução, de dar continuidade, de fazer plano de ação, eu penso que uma é a falta de lideranças com conhecimento em gestão. Lideranças que façam supervisão nas suas áreas de trabalho. Um déficit grande de núcleo da qualidade no serviço.</p> <p>(C2) [DIFICULDADES] (...) eu acredito que não tenha dificuldade (...) e nós tivemos muito cuidado de trazer mesmo o que interessa pra a gente, pra coordenação do sangue, porque não adianta você colher muitos dados e não trabalhar esses dados pra melhorias nos serviços (...). As vezes a distorção de informações, quando os avaliadores vão nos serviços. Porque vem muito isso nos relatórios, você observa que você foi lá, tem ações sendo desenvolvidas pela coordenação, mas aquela pessoa daquele serviço e que acompanhou a visita ou a revisita do PNQH, ela não está inteirada às vezes de todo (...) Não isso também dificulta muito na hoje de elaborar o plano de ação. Porque há divergência de informação, do que a coordenação já tem trabalhado lá por meio de convênios com mas informações que vem no roteiro.</p> <p>(C3) [DIFICULDADES] (...) que dificulta além do não engajamento da alta direção, que é obvio, é se não tiver claro para a equipe de trabalho do hemocentro, avaliação e uma oportunidade de criar uma rede com a hemorrede dentro da hemorrede, de profissionais que possam colaborar. (...)</p> <p>(C4) [DIFICULDADES] (...) a gente viu que alguns serviços não conseguem ter um movimento, fazer o movimento de melhoria. Porque ? Não há um compromisso, ou uma adesão muito forte do gestor da unidade. Então se o gestor maior não comprar, não só de nome, porque ele assina o termo de adesão,</p>
--	--	---

		<p>mas realmente internalizar aquele compromisso de mudança, isso dificulta(...)</p> <p>(C5) [DIFICULDADES] Olha, na minha visão acho que é a mudança de gestão. Sempre a cada ano político está mudando de gestão.</p> <p>(E1) [DIFICULDADES] Toda mudança gera uma expectativa. E a gente teve algumas resistências (...)</p> <p>(E2) [DIFICULDADES] (...) a questão financeira, acho que é o que dificulta mais por conta que pra gerar qualidade muitas vezes precisamos de equipamentos novos, uma estrutura física adequada (...)</p> <p>(E3) [DIFICULDADES] A falta de capacitação, falta de entendimento. A sobrecarga de trabalho. Algumas pessoas que não tem perfil pra isso (...) a gente tem dificuldade estrutural muito grande (...) Eu acho que a questão da gestão, da fragilidade da gestão da hemorrede, do hemocentro, é uma coisa que o Ministério ao longo do tempo não conseguiu resolver (...) acho que isso também é uma discussão que a coordenação do Ministério devia comprar, porque se a gente tivesse um modelo de gestão mais homogêneo, seria mais fácil.</p> <p>(E4) [DIFICULDADES] Eu acho que precisava que houvesse um envolvimento maior por parte de todos. Porque se isso aqui não vai rodar, não adianta. Que a maioria dos treinamentos que são feitos, são com os coordenadores. Tem aqueles que repassam, e tem outros que não.</p> <p>(E5) [DIFICULDADES] (...) as questões da questão da ordem financeira. Que emperra muito (...) a qualificação do serviço, e alguns profissionais não querem. Eles ficam naquela situação, naquele marasmô de serviço, de vamos dizer assim, do dia-a-dia, e eles não querem mudar, eles querem permanecer do mesmo jeito</p> <p>(E6) [DIFICULDADES] A motivação em mudar ela é muito própria da alta administração. Mas ela não é tão disseminada para os gestores de área.</p> <p>(E7) [DIFICULDADES] (...) uma das coisas que dificulta é muito uma questão de aquisição de compra (...) Essa dificuldade em adquirir bem serviço e materiais. Eu acho que é uma das coisas, é uma opinião que eu tenho hoje (...) Eu acho que o problema de aquisição, é uma das coisas que mais dificulta a melhoria desses processos.</p> <p>(E8) [DIFICULDADES] Essa questão mesmo e infraestrutura do material, aquisição e material e tudo que a gente também não tinha essa facilidade como os outros hemocentros.</p> <p>(E9) [DIFICULDADES] (...) as pessoas não gostam de cobrança, de novidades, porque eu já faço assim, assim sempre deu certo a vida toda (...) O grande problema é o modelo de gestão, o modelo administrativo financeiro do HEMOCE, somos uma unidade orçamentaria do Estado, então isso dificulta (...) as coisas não caminham no mesmo passo que gostaríamos que caminhasse para qualificar que fosse rápido (...) ficam pendências que se repetem por causa desse engessamento administrativo financeiro.</p>
--	--	--

		<p>(C1) [EFEITOS/RESULTADOS]: Outra sensibilizar os profissionais pra contato, intercâmbio com outras instituições, apresentar eles outras estratégias, outros serviços que fazem de outra forma e que tem resultados. E eu vejo que os profissionais ficam entusiasmados com esse retorno. Eles se sentem motivados, participam. E a gente percebe que a gente sai dali com uma sensação muito boa, de que as pessoas se mobilizaram</p> <p>((C2) [EFEITOS/RESULTADOS]: E o PNQH iniciou em 2008 a diferença assim... nessa gestão, e o PNQH ele é o cérebro daquela coordenação. Por meio ele gira todas as ações de todas as áreas técnicas. Então ele trás muita riqueza pra nós. Sinalizando que não está bom, que precisa ser melhorado. (...)E pra que a gente tenha, continue trabalhando pra um sangue de melhor qualidade pra as pessoas em todo o Brasil, pra toda população brasileira. Inclusive me incluo nessa população, porque nós somos passíveis de necessidade de sangue e a gente quer que em qualquer estado que você vá, você tenha segurança daquele sangue está sendo transfundido. (...) Como eu disse, é uma parceria e todos os hemocentros do Brasil hoje na execução das ações do PNQH e do plano de ação também nos serviços. (...)</p> <p>(C3) [EFEITOS/RESULTADOS]: Um efeito que foi no serviço que já tinha estruturado, que já tinha um diferencial de qualidade, tinha um sistema de qualidade estruturado, já tinha um diferencial de qualidade (...) Esses realmente a gente identifica que não houve um grande impacto, porque ele já tinha nível de excelência. Um outro grupo de serviços que a gente observa que o programa alavancou a melhoria e que é evidente nesses dois ou três ciclos comparando esses serviços, melhoraram muito, aumentaram muito as conformidades reduziram a não conformidade, implantaram o sistema e gestão de qualidade bastante estruturados, e se diferenciaram, conseguiram se diferenciar em termos e qualificação técnica dentro da rede nacional e tem um grupo que não consegue atingir a melhoria esperada. (...)</p> <p>(C4) [EFEITOS/RESULTADOS]: Esses anos que a gente tem de avaliação, que muitos, graças a Deus a maioria, eles melhoraram seus processos. (...) a legislação melhorou também no sentido de ter colocado a parte de gestão da garantia da qualidade, o sistema da garantia da qualidade. Então esse sistema da gestão da qualidade, o uso da ferramenta da qualidade, a procura pra uma certificação(...) a consolidação do seu sistema de garantia da qualidade. Pra melhoria dos seus processos. Então o uso dessas ferramentas, fez com que esses serviços realmente despertassem pra necessidade de alguma mudança dentro do sistema, uma implantação mesmo do sistema da qualidade.</p> <p>(C5) [EFEITOS/RESULTADOS]: Olha, eu acho que os hemocentros hoje tem uma ligação muito forte com a coordenação. A coordenação na realidade dá uma cobertura, assim. Todo mundo, a coordenação hoje tem um total conhecimento da realidade dos hemocentros. A parte de investimento já tem outro olhar, porque esses relatórios ficam claros, a condição de cada um. E também assim, respeitando as regiões, as dificuldades que cada um apresenta.</p> <p>(E1) [EFEITOS/RESULTADOS] (...) a qualidade do produto que a gente está oferecendo para os pacientes.</p>
--	--	---

			<p>(E2) [EFEITOS/RESULTADOS] (...) os processos foram melhorados (...) Um envolvimento maior dos gestores (...) beneficia para gerar uma qualidade maior pro serviço.</p> <p>(E3) [EFEITOS/RESULTADOS] (...) estruturou escritório no setor voltado para essa questão da qualidade. Logico que isso não veio só pro PNQH porque a gente tinha desde sempre a proposta, a visão de ser uma instituição certificada pelo menos pela ISO9001 (...)</p> <p>(E3) [EFEITOS/RESULTADOS] (...) o benefício está refletido nas avaliações subsequentes. Então a gente saiu de um percentual de não conformidade, pra um percentual (...) de conformidade muito alto (...) Então o ganho foi muito grande, do ponto de vista de gestão e do ponto de vista de processo (...) do ponto de vista de qualificação dos profissionais, de incorporação, de padrões que a gente não tinha e que passaram ser incorporado ao dia-a-dia (...) A gente elevou nosso padrão de qualidade.</p> <p>(E4) [EFEITOS/RESULTADOS] (...) ele trouxe muitas melhorias. Em alguns setores principalmente a área técnica.</p> <p>(E6) [EFEITOS/RESULTADOS] (...) o maior benefício do PNQH foi realmente estimular para mudança (...) Então o grande benefício é realmente esse estímulo que foi dado pela visita que mexeu com as estruturas do nosso serviço e a facilidade de troca e experiência entre a hemorrede nacional.</p> <p>(E7) [EFEITOS/RESULTADOS] (...) como esses setores cresceram com relação a organização, a prestação de serviço, então assim, muitos setores, eles passaram trabalhar menos com mais eficiência</p> <p>(E8) [EFEITOS/RESULTADOS] Então tudo fica mais organizado, as pessoas caminham. Assim, direitinho, a gente tenta, cada setor está fazendo o seu. Então acho que foi organização mesmo, padrão, todo mundo tentando fazer aquilo correto (...)</p> <p>(E9) [EFEITOS/RESULTADOS] Olha redução de custos (...) percebo que as coisas estão sendo bem utilizadas, quando você vai comprar determinado produto, todo processo de validação, todo processo de conhecimento do fornecedor (...)</p>
--	--	--	---

<p>Identificar problemas prioritários para avaliação do PNQH no Hemocentro Coordenador do Ceará.</p>	<p>Lacunas no conhecimento sobre o programa no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará</p> <p>Aspectos a serem aprimorados</p>	<p>- Foco para avaliações futuras</p>	<p>(E2) [ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] Como o Ministério pode estar atuando junto ao Hemocentro para estar contribuindo nas dificuldades (...) As questões principalmente financeiras quando os órgãos são públicos.</p> <p>(E3) [ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] Acho que o que falta do meu ponto de vista, é a visibilidade. Eu não tenho na parede... não que isso seja mais importante, mas eu não tenho na parede assim —Essa instituição participa do PNQH. Essa instituição foi qualificada pelo PNQH. Essa instituição tem 90% de conformidade. Il Estabelecer um padrão e botar isso na parede, pra que nós internamente vejamos isso(...) Como se fosse um padrão de qualidade mesmo(...) A gente participa como. Só por participar. A gente participa bem. Isso, o Ministério já podia ter um selo que tornasse isso visível. Pra os doadores, pra os pacientes, pra os outros órgãos da administração. Quer dizer, que a Secretaria entendesse que o serviço dela. Todo esse investimento dela que ela fez, que a secretaria fez, resultou em que. Não fica nada, o PNQH não dá nada, só dá pra quem está circulando na área (...) E o PNQH (...) tem um resultado maravilhoso, e devia deixar uma marca. Eu acho que falta essa coisa da marca (...) a gente devia agora se voltar um grupo pra discutir as questões de gestão (...) Eu sei que o técnico é o crítico, mas a gente já tem muita história, a gente já tem muito pessoal técnico bem qualificado pra a gente poder se voltar pra essa coisa de serviço de apoio (...) Acho que isso devia ser dado uma força muito grande, porque a gente ia conseguir reduzir custo, ia conseguir qualificar também, porque a qualificação, ela não pode ficar só na vontade, de cada instituição. A partir do momento que você tivesse insumos melhores, mais bem padronizados, você já teria um produto, garantia de alguma coisa em produto final melhor (...) Acho que é uma falha mesmo para o programa e a questão de se voltar mais pra essa coisa da gestão mesmo.</p> <p>(E6) [ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] Mas eu acho que as questões relacionadas principalmente a gestão da hemorrede, a gestão do serviço como hemorrede, elas precisam ser melhor trabalhadas (...) Normalmente a gestão não está elencada, a gente vê muito aquela coisa técnica, de manutenção, de controle de qualidade, da garantia da qualidade em si, mas a própria gestão da hemorrede, a gente não vê como a falta da gestão da hemorrede, a gente não vê palpável</p> <p>(E7)[ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] Mas a parte administrativa que é uma parte de apoio mais extremamente importante, que impacta diretamente na área técnica, é uma área pouco abordada no PNQH. Talvez abordasse essa questão de processos, de compras, de aquisição, na tentativa mesmo de desmistificar um pouco o serviço pouco, desenrolar um pouco esses entraves, eu acho que ajudava bastante.</p> <p>(E9) [ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] Acho que poderia ter uma premiação (...) o PNQH poderia classificar os hemocentros pra que haja uma diferenciação financeira nos repasses do Ministério aí coisa fica mais séria, você sabe que quando se mexe com dinheiro tudo se fortalece e se o PNQH ele premiasse e fizesse com que você tivesse uma pontuação a nível nacional e essa pontuação mexesse no repasse financeiro no Ministério (...)</p>
--	--	---------------------------------------	---

			<p>(C1) [ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] Eu acho que na minha opinião, avaliar o impacto desse processo ainda é uma pendência nossa. A gente ainda não encontrou e fato como medir (...)</p> <p>(C3) [ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] O grande desafio agora, é tentar identificar depois de todo esse tempo de programa, alguns serviços já no terceiro ciclo de avaliação. Quais foram as dificuldades que pra esses serviços o programa não foi capaz de levar a melhorias. (...) Bom, eu acho que o programa ele não consegue identificar as dificuldades que os serviços possam ter na relação externa aos serviços. Na relação com a secretaria de saúde, na relação com as instancias de gestão de recursos financeiros. Com os outros serviços que (...) serviços privados que eventualmente trabalham ali na região (...) Talvez o macro ambiente não é avaliado. É avaliado principalmente as questões internas do serviço. (...) esse diagnostico mais num macro ambiente que é o estado como um todo a área de saúde do estado.</p> <p>(C4) [ASPECTOS A SEREM APRIMORADOS] como parte de gerencia de riscos. Então toda essa parte de gestão de riscos, alias, ela vai ter que ser modificada, e o PNQH vai ter que entrar nesse pouco mais fundo, nesses itens também na avaliação.</p>
--	--	--	--



## **APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PARA O MODELO LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE – PNQH (1ª FASE DE CONSENSO)**

**PESQUISA:** O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE – PNQH: ESTUDO DE AVALIABILIDADE NO ÂMBITO DO HEMOCENTRO COORDENADOR DO CEARÁ

**ASPECTOS TEÓRICOS - MODELO TEÓRICO LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE - PNQH**

A construção do modelo teórico lógico é uma proposta para descrever e organizar as ideias, hipóteses e expectativas de um programa, de forma articulada aos resultados esperados, facilitando planejar e informar os seus objetivos e qual o funcionamento esperado.

Ao configurar o desenho do funcionamento do PNQH, o modelo lógico pode ser a base para o relato de seu desempenho, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se apresenta para enfrentá-lo.

Os elementos do modelo lógico são: problema e suas causas –descritos no modelo causal, estrutura para implantação, processo de implantação e objetivos de produção – descritos no modelo operacional e no modelo lógico teórico os objetivos e a finalidade da intervenção.

A partir desses elementos entendemos que apresentar e discutir o modelo lógico é o que permite esclarecer o que deve ser avaliado e qual a parcela de contribuição do PNQH nos resultados observados.

Em meio a essas definições foram retirados trechos da entrevista realizada com o Grupo de Assessoramento Técnico GAT da CGSH a fim de validar as proposições realizadas no desenho do modelo lógico teórico.

### **QUESTÕES PARA VALIDAÇÃO:**

**1. PROBLEMA: Você concorda que o problema a ser enfrentado está explicitado na proposição seguinte:** Não conformidades de processos e produtos (sangue e hemoderivados), com possibilidade de elevação do grau de risco sanitário.

( ) sim                      ( ) não

**Em caso de resposta NÃO, explicite qual problema poderia ser considerado?**

---

---

---



---

**CAUSAS: As causas apresentadas a seguir, no seu entender, tem coerência com o problema citado?**

2.1. Dificuldades para o cumprimento de requisitos legais e sanitários referentes a atenção hematológica e hemoterápica:

- Sistema de garantia de qualidade ausente e/ou incipiente: ( ) sim ( ) não
- Ausência de práticas para melhoria da gestão: ( ) sim ( ) não
- Qualificação Profissional com pouca ênfase no controle e padronização dos processos: ( ) sim ( ) não
- Ausência de controle de qualidade de hemocomponentes: ( ) sim ( ) não
- Dificuldades na gestão de equipamentos: ( ) sim ( ) não

**Se necessário sugira outras causas que não foram contempladas no modelo.**

---



---



---

**(ESTRUTURA PARA IMPLANTAÇÃO) Os elementos a seguir contemplam todos os componentes utilizados no programa?**

Grupo Técnico de Assessoramento formado por especialistas na área de hemoterapia; material de avaliação: instrumento; grupo de voluntários da hemorrede nacional como avaliadores; material de formação para avaliadores; financiamento do MS para custeio das visitas de avaliação.

( ) sim ( ) não

**Em caso de resposta NÃO, explicita qual problema poderia ser considerado?**

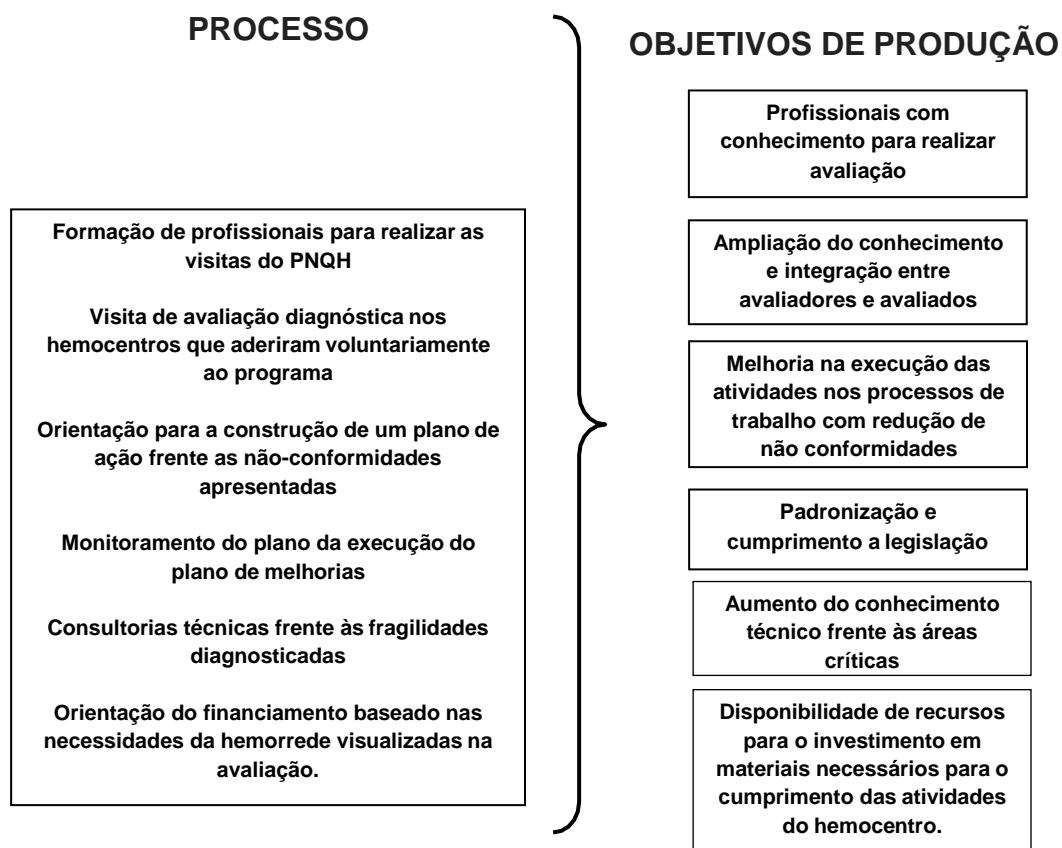
---



---



---



**(OBJETIVOS DE PRODUÇÃO)** O processo de implantação proposto reflete uma estrutura lógica para o alcance dos resultados?

---



---



---

**(OBJETIVOS)** Os objetivos da intervenção propostos refletem a prática do PNQH?

Motivar mudanças internas com foco na excelência da qualidade dos serviços e produtos: ( ) sim ( ) não

Garantir a manutenção do processo de qualificação com ciclos anuais de avaliação dos serviços de hematologia e hemoterapia: ( ) sim ( ) não

Identificar as áreas críticas e estratégicas para priorizar investimentos de recursos na Hemorrede: ( ) sim ( ) não

Promover a qualificação técnica e gerencial da força de ( ) sim ( ) não

trabalho e lideranças nos hemocentros:

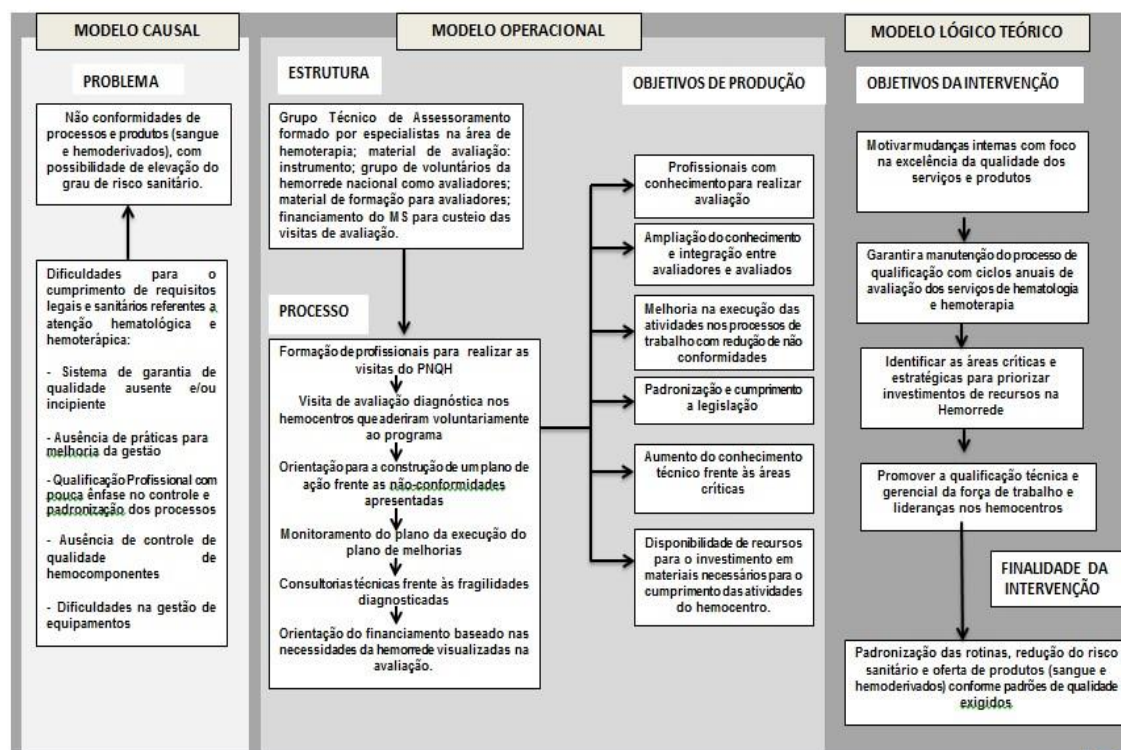
### (FINALIDADE DA INTERVENÇÃO)

A proposição a seguir representa a FINALIDADE DA INTERVENÇÃO: **Padronizar as rotinas, reduzir o risco sanitário e ofertar produtos (sangue e hemoderivados) conforme padrões de qualidade exigidos.**

( ) sim            ( ) não

A lógica do programa apresentada no diagrama do modelo lógico (figura a seguir) está completa, com um detalhamento suficiente para permitir seu entendimento?

( ) sim            ( ) não



Se necessário realize sugestões para melhor compreensão.

**Há coerência entre a intervenção (PNQH) , seus objetivos e a finalidade da intervenção?**

( ) sim            ( ) não

**Se necessário, sugira finalidades alternativas para o PNQH.**

---

---

---

**APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PARA O MODELO LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA HEMORREDE – PNQH (2ª FASE DE CONSENSO COM ESPECIALISTAS)**

**Após a primeira rodada de respostas ao instrumento de validação para o modelo lógico do PNQH, seguem tópicos nos quais foram apresentadas sugestões de modificação por parte de alguns respondentes para validação final.**

**QUESTOES PARA VALIDAÇÃO FINAL:**

**1. PROBLEMA: O problema a ser enfrentado pelo PNQH estaria melhor explicitado por qual proposição:**

1.1. Não conformidades de processos e produtos ( ) sim ( ) não (sangue e hemoderivados), com possibilidade de elevação do grau de risco sanitário.

1.2. Não conformidades de processos e produtos ( ) sim ( ) não (sangue e hemoderivados) implicando em risco sanitário.

**2. CAUSAS: Devem ser incorporadas, no modelo final, as seguintes causas propostas?**

2.1. Alinhamento com as políticas de gestão da ( ) sim ( ) não atenção á saúde do Estado:

2.2. Baixa capacidade orçamentária para implantação ( ) sim ( ) não de melhorias nas condições de infraestrutura, equipamentos e desenvolvimento de pessoal:

2.3. Qualificação profissional com pouca ênfase na ( ) sim ( ) não capacitação contínua, no controle e padronização dos processos:

2.4. Ausência de Controle da Qualidade de reagentes ( ) sim ( ) não e insumos:

2.5. Ausência de testes de proficiência: ( ) sim ( ) não

2.6. Falta de rastreabilidade nos processos: ( ) sim ( ) não

2.7. Deficiência no controle de temperatura dos ( ) sim ( ) não equipamentos da linha do frio:

2.8. Deficiência no recebimento, inspeção e análise de ( ) sim ( ) não amostras:

2.9. Deficiência nos processos de Hemovigilância: ( ) sim ( ) não

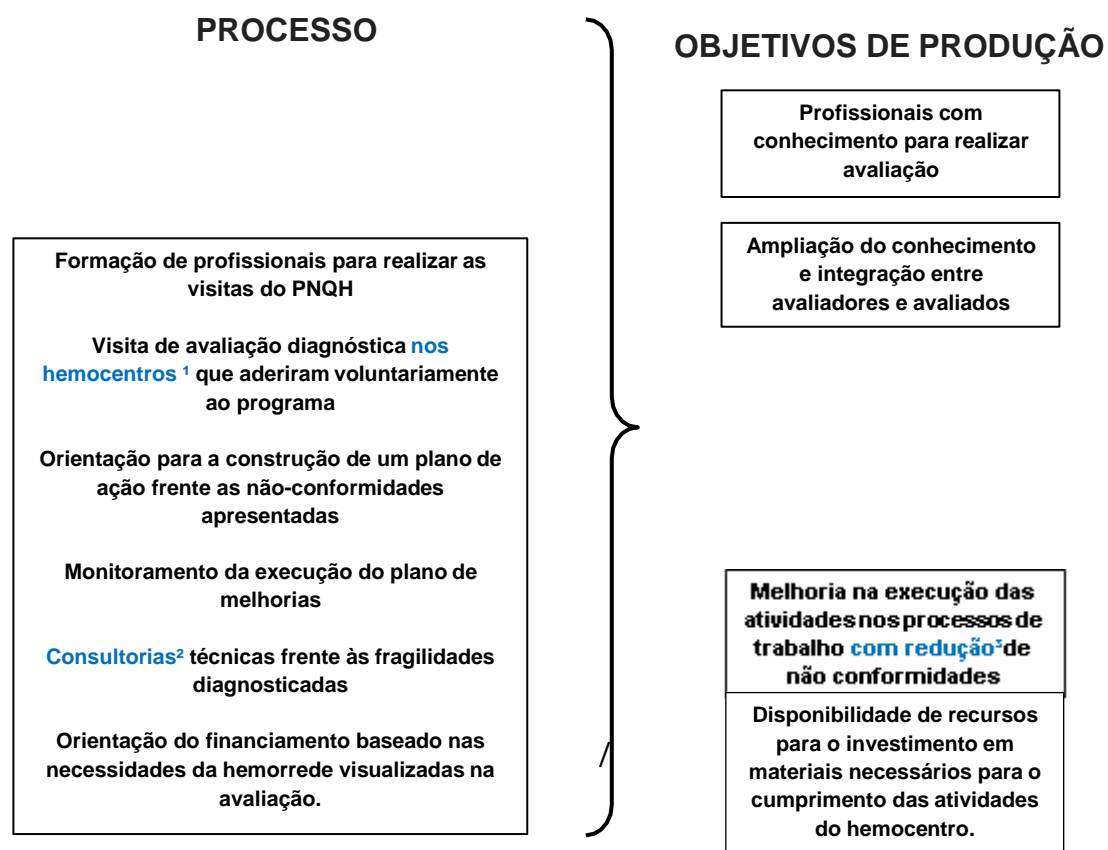
**3. (ESTRUTURA PARA IMPLANTAÇÃO) Em relação à estrutura para implantação, qual proposição seria mais adequada?**

3.1. Grupo Técnico de Assessoramento formado por ( ) sim ( ) não especialistas na área de hemoterapia; material de avaliação: instrumento; grupo de voluntários da

hemorrede nacional como avaliadores; material de formação para avaliadores; financiamento do MS para custeio das visitas de avaliação.

3.2. Grupo Técnico de Assessoramento formado por ( ) sim ( ) não especialistas na área de hemoterapia e hematologia; instrumento de avaliação; grupo de voluntários da hemorrede nacional como avaliadores; material de formação para avaliadores; financiamento do MS para custeio das visitas de avaliação

4. Em relação ao MODELO LÓGICO OPERACIONAL, você concorda com as modificações sugeridas?



Sugestões :

<sup>1</sup> Modificação de hemocentros por serviços de assistência hematológica e hemoterápica: ( ) sim ( ) não

<sup>2</sup> Modificação de consultoria por assessoria: ( ) sim ( ) não

<sup>3</sup> Modificação de redução por visando minimizar: ( ) sim ( ) não

<sup>4</sup> Modificação de aumento por ampliação: ( ) sim ( ) não

**5. (OBJETIVOS) Em relação aos objetivos do PNQH, as modificações sugeridas devem ser incorporadas?**

5.1. Garantir a manutenção do processo de qualificação com ciclos anuais de avaliação dos serviços de hematologia e hemoterapia: ( ) sim ( ) não

Sugestão: alterar o verbo garantir por promover:

5.2. Promover a qualificação técnica e gerencial da força de trabalho e lideranças nos hemocentros: ( ) sim ( ) não

Sugestão: alterar o termo hemocentros por serviços de hematologia e hemoterapia:

**6. (FINALIDADE DA INTERVENÇÃO) A finalidade do PNQH estaria melhor explicitada por qual proposição:**

6.1. Padronizar as rotinas, reduzir o risco sanitário e ofertar produtos (sangue e hemoderivados) conforme padrões de qualidade exigidos. ( ) sim ( ) não

6.2. Padronizar as rotinas, minimizar o risco sanitário e ofertar produtos (sangue e hemoderivados) com padrões de qualidade em conformidade com os requisitos legais e sanitários vigentes e manter as boas práticas. ( ) sim ( ) não



---

## APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Christianne Andrezza Melo Sobreira** (mestranda e pesquisadora-responsável), CV: <http://lattes.cnpq.br/7934923783194339>, e a **Profa. Dra. Gerluce Alves Pontes da Silva** (orientadora), CV: <http://lattes.cnpq.br/2651523983127905>, estamos convidando você a **participar como entrevistado de uma pesquisa de dissertação de mestrado profissional**, que tem como objetivo **realizar um estudo de avaliabilidade do Programa Nacional de Qualificação da Hemorede – PNQH no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará**. Esta pesquisa pretende contribuir com um referencial teórico-prático para o Programa Nacional de Qualificação da Hemorede – PNQH, especialmente quanto a identificar os principais fatores facilitadores e obstáculos a sua implantação no hemocentro.

Portanto, além de gerar conhecimento, pretende-se que esta pesquisa tenha uma utilidade social e política de modo a contribuir na reflexão quanto a melhoria da qualidade dos produtos (sangue e componentes) através do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH.

Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. **Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa**, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. Os pesquisadores e entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora - responsável pelo telefone (88)9640- 7272, ou pelo e-mail: christiannems@hotmail.com. **O teor da entrevista somente será utilizado para fins científicos.** Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento. Uma segunda via deste termo será entregue à(o) entrevistado.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário (a), da pesquisa acima descrita.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP/ISC). Endereço: Rua Basílio da Gama, s/n, - 2º andar, Canela, 40.110-040, Salvador-Bahia. Tel.: 71 3283-7438

**APÊNDICE H - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA  
DOCUMENTAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA  
DOCUMENTAL**

Ilma Sra. Luciana Maria de Barros Carlos  
Diretora Geral do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - Hemoce

Solicitamos autorização para realização da pesquisa realizada pela aluna, **Christianne Andreza Melo Sobrinha**, sob a orientação da Profa. Dra. Gerliane Alves Pontes da Silva, a ser realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, do curso Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, que tem como objetivo, realizar um estudo de avaliabilidade do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH no âmbito do Hemocentro Coordenador do Ceará, necessitando portanto, ter acesso a documentos legais e/ou oficiais da instituição.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

\_\_\_\_\_ de 30 de novembro de 2014.

*Christianne Andreza Melo Sobrinha*

Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

*Luciana Carlos*

ASSINATURA DO GESTOR

(CARIMBO)

Dra. Luciana M. de Barros Carlos  
Diretora Geral - Hemoce  
CNS - 466

*Fca. Vânia Barreto A.F. Gomes*

Fca. Vânia Barreto A.F. Gomes