



FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

1/ NT

ANTONIO PIRES BARBOSA

QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.

Análise dos instrumentos utilizados na promoção e garantia da Qualidade na prestação de serviços hospitalares em um hospital geral de grande porte no município de São Paulo.



Dissertação apresentada ao
Curso de Pós-Graduação da
FGV/EAESP

Área de Concentração:
Administração hospitalar e
de Sistemas de Saúde como
requisito para obtenção do
título de mestre em
Administração

Orientador: Prof. Ana Maria
Malik

SÃO PAULO
1995

11/11/95
ADP

Escola de Administração de
S Empresa de São Paulo

Data

13.7

N.o de Chamada

64.024.7
(816.11)

N.o Volume

744/95

B 2389

Registrado por

JCR

Dis.

e.2

ANTONIO PIRES BARBOSA

QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.

Análise dos instrumentos utilizados na promoção e garantia da Qualidade na prestação de serviços hospitalares em um hospital geral de grande porte no município de São Paulo.

Banca Examinadora

Prof.Orientador.....

Prof.....

Prof.....

À
Heloisa,
Beatriz,
Estela e
Rodolpho.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ANTONIO PIRES BARBOSA

QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.

Análise dos instrumentos utilizados na promoção e garantia da Qualidade na prestação de serviços hospitalares em um hospital geral de grande porte no município de São Paulo.

Dissertação apresentada ao
Curso de Pós-Graduação da
FGV/EAESP

Área de Concentração:
Administração hospitalar e
de Sistemas de Saúde como
requisito para obtenção do
título de mestre em
Administração

Orientador: Prof. Ana Maria
Malik

SÃO PAULO
1995

BARBOSA, Antonio Pires. QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Análise dos instrumentos utilizados na promoção e garantia da Qualidade na prestação de serviços hospitalares em um hospital geral de grande porte no município de São Paulo.- um estudo de caso.
São Paulo : EAESP/FGV., 1995. 179 p.

RESUMO: Trata dos programas de garantia da Qualidade desenvolvidos no Hospital Israelita Albert Einstein, localizado no município de São Paulo, abordando os modelos implantados no laboratório clínico, nas unidades de terapia intensiva, nas clínicas médico-cirúrgicas com o controle de infecções hospitalares, no departamento de enfermagem, no serviço de atendimento aos clientes e os círculos de controle de Qualidade. Apresenta as metodologias utilizadas em cada modelo, bem como critica aspectos dos mesmos e demonstra experiências administrativas com o seu uso. Apresenta, ainda, proposta de reformulação tendo em vista o Gerenciamento Total da Qualidade.

PALAVRAS-CHAVES: Qualidade - Saúde - Hospital-Organização Administrativa.

SUMÁRIO

	Pag.
1. Apresentação.....	ix
2. Introdução.....	01
3. Objetivos.....	05
4. Metodologia.....	08
4.1- Tipo de estudo.....	09
4.2- Levantamento de bibliografia.....	09
4.3- Metodologia de levantamentos de informações.....	09
4.4- Abordagem dos aspectos culturais vinculados.....	09
4.5- As experiências analisadas.....	09
× 5. Referencial teórico e marcos conceituais.....	11
5.1- Definindo conceitos sobre qualidade.....	12
5.2- Qualidade e a visão sistêmica.....	13
5.3- Qualidade em serviços.....	16
5.4- Qualidade em serviços de saúde.....	18
5.5- Qualidade em Laboratórios de Análises Clínicas.....	26
5.6- Controle de Infecções Hospitalares.....	29
5.7- Uso de Indicadores de Risco em Unidades de Terapia Intensiva.....	33
5.8- Qualidade em serviços de Enfermagem.....	40
5.9- A mensuração da satisfação do cliente em organizações de saúde.....	44
5.10- Os Círculos de controle de qualidade.....	46
6.- Apresentação dos Modelos.....	48
6.1- Laboratório de Análises Clínicas.....	50
× 6.2- O Serviço de Controle de Infecções Hospitalares....	58
6.3- O modelo das Unidades de Terapia Intensiva de adultos.....	71
6.4- O modelo do departamento de enfermagem. Cuidados integrais aos pacientes e gerenciamento de risco.....	79
6.5- O modelo do serviço de atendimento ao cliente.....	86
× 6.6- Os Círculos de controle de qualidade.....	99
7.- Análise dos modelos.....	101
7.1- A Questão do poder.....	102
7.2- Organização funcional.....	105
7.3- Cultura da Organização.....	112
7.4- Observação dos modelos.....	120
7.4.1- A confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais.....	120
× 7.4.2- Os indicadores de infecções hospitalares e sua aplicação como instrumentos da promoção da qualidade..	123
7.4.3- O ambiente das unidades de cuidados intensivos e o uso dos indicadores de risco e gravidade como forma de promoção da qualidade de serviços.....	125
7.4.4- A qualidade dos serviços de enfermagem. O plano de cuidados integrais e de gerenciamento de risco nas unidades de internação.....	128
× 7.4.5- A satisfação dos clientes e pacientes.....	131

x 7.4.6- O uso dos Círculos de Controle da Qualidade como forma participação do corpo funcional.....	133
7.5 - Críticas aos modelos observados.....	134
7.5.1- Críticas gerais sobre os vários processos e suas vinculações organizacionais.....	134
7.5.2- Críticas ao modelo observado no laboratório de análises clínicas.....	136
x 7.5.3- Críticas ao modelo do serviço de controle de infecções hospitalares.....	138
7.5.4- Críticas ao modelo de gerenciamento de risco nas UTIs.....	140
7.5.5- Críticas ao modelo utilizado pelo departamento de enfermagem.....	144
^ 7.5.6- Críticas ao modelo do serviço de atendimento ao cliente.....	147
x 7.5.7- Críticas aos Círculos de controle de qualidade.....	149
8. A experiência administrativa decorrente dos modelos...	151
8.1. Uso de informações dos modelos para incremento dos padrões de qualidade.....	153
9.- Considerações finais.....	162
10.- Bibliografia Consultada.....	171
11.- Anexos.....	176

À Prof. Ana Maria, pela orientação segura e empenho com que procurou atender minhas solicitações.

Ao Prof. Malferrari, cuja compreensão acerca das minhas deficiências e incentivo ao estudo nortearam a fase inicial do processo de formação em administração hospitalar.

Ao Dr. Josef Fehér, Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, cujo exemplo de seriedade tem significado uma razão a mais na minha busca de aprimoramento.

Ao Dr. Reynaldo André Brandt, Vice-Presidente da mesma Sociedade, um dos maiores responsáveis pelos programas de qualidade estudados, com quem aprendi a essência da persistência no esforço pela mudança.

Ao Dr. José Lodovici, Superintendente do Hospital Albert Einstein, cuja competência administrativa tem me ensinado os caminhos mais efetivos de sucesso na consecução dos objetivos.

Aos Drs. Luiz Gastão, Elias e Crésio; às Sras. Maria Lucia e Rita e ao Sr. Clóvis, pela simpatia com que franquearam meu acesso aos seus departamentos e ao estudo dos modelos.

Aos Srs. Álvaro, Berti e Aldo, pelo apoio de micro-informática, sem o qual a redação desta monografia teria se transformado em pesadelo.

À Regina pelo apoio e incentivo.

À Heloisa, pela paciência e carinho com que me envolveu nos momentos em que todo o meu espírito e energia estavam concentrados neste trabalho.

Meu muito obrigado.

Este trabalho estuda o tema da qualidade na prestação de serviços em saúde por meio da análise da experiência observada em um hospital geral de grande complexidade, vinculado à comunidade israelita da Cidade de S.Paulo. O estudo parte da observação de 6(seis) modelos implantados em várias unidades do hospital, por iniciativas de administradores e profissionais de saúde que constituem o corpo funcional das mesmas.

A história do hospital é de crescente incorporação de tecnologia de alta complexidade em saúde. A partir de determinado ponto de sua existência, detectou-se internamente um movimento de preocupação de garantia e promoção da qualidade dos serviços prestados. Dispõe de vários serviços especializados nas áreas diagnósticas e terapêuticas, 330 leitos hospitalares, um centro de tratamento de oncologia computadorizado com serviços de planejamento radioterápico através de sistemas informatizados, equipamentos de ressonância magnética nuclear, tomografia computadorizada helicoidal, radiologia digital, medicina nuclear, laboratórios de biologia molecular e de análises clínicas e patológicas com microscopia eletrônica além de outros serviços. Empregava até setembro de 94 cerca de 2.540 funcionários, sendo 820 exclusivamente na área de enfermagem voltada à atenção direta aos pacientes. Participam de seu quadro funcional várias profissões e especialidades da área de saúde. Seu corpo clínico é aberto, tendo cadastrados cerca de 4000 médicos como assistentes. Os médicos das Unidades de Cuidados Especiais são especialmente contratados para a prestação deste tipo de atendimento. Trata-se de um hospital comunitário, filantrópico, de diretoria eleita e não remunerada, e todo o resultado financeiro auferido, em suas atividades operacionais ou de outras fontes, é integralmente aplicado na expansão de seus serviços, seja pela agregação de novas tecnologias e/ou pelo incremento dos padrões de qualidade.

A apresentação dos processos estudados é feita em função da vinculação que estes apresentem na abordagem dos aspectos técnicos, administrativos e de atendimento de expectativas e necessidades dos usuários. As áreas são : o laboratório clínico, a comissão de controle de infecção hospitalar, as unidades de terapia intensiva, o departamento de enfermagem, os círculos de controles de qualidade dos serviços administrativos, e o serviço de atendimento ao cliente.

O interesse principal deste estudo é analisar o movimento pela qualidade na Instituição, apresentando cada

uma das experiências e procurando estabelecer propostas que procurem integrar os profissionais que atuam na organização através de um processo de Gerenciamento Total da Qualidade.

Nos últimos anos, o custo crescente com a assistência médica, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, tem levantado questões relacionadas ao uso e aplicação das tecnologias disponíveis, assim como referentes aos padrões qualitativos da prestação dos serviços propriamente dita. A emergência de legislação disciplinadora das relações entre consumidores e prestadores de serviços nos vários países tem promovido a discussão acerca da qualidade e, especialmente no setor saúde, pode-se notar um movimento crescente para a sua promoção e garantia. Nos Estados Unidos, por exemplo, a cultura jurídica que domina a sociedade propiciou o aparecimento de uma estrutura de seguros que possibilitam cobertura contra as ações judiciais de indenização por erros médicos e de má prática ou imperícia, exigindo das instituições que procurassem estabelecer políticas defensivas em relação a prováveis processos legais. Tais circunstâncias, aliadas ao movimento de incorporação de novas técnicas diagnósticas e terapêuticas criaram condições para que a preocupação com a garantia da qualidade na área de saúde pudesse emergir de forma concreta. No Brasil também, com a recente aprovação do Código de Defesa do Consumidor, tais aspectos da prestação de serviços passaram a ser encarados de maneira mais objetiva. Pode-se observar o aparecimento destas questões nas discussões entre profissionais da administração hospitalar e de sistemas de saúde que atuam em nosso meio.

Além disso, com a Constituição de 1988 estabeleceu-se o Sistema Unico de Saúde (S.U.S), que previa em sua configuração a extensão da cobertura de serviços a toda a população brasileira. Em função das dificuldades econômicas e políticas por que passou o país nos últimos anos, as verbas destinadas ao SUS não foram suficientes para manter padrões de qualidade de atendimento compatíveis com as necessidades e aspirações da população. Como consequência, assistiu-se a um crescente sucateamento dos hospitais públicos. Mais recentemente notícias veiculadas pela imprensa dão conta de uma crescente deterioração dos indicadores sociais¹. É óbvio que o sistema de saúde não é o único responsável por esta situação, porém acaba sofrendo um impacto por este estado de coisas.

Outra consequência observável é o aumento da presença no setor do chamado sistema de assistência médica supletiva, representado por seguros saúde, empresas de medicina de grupo e outras formas de financiamento na participação da iniciativa privada no sistema de prestação de serviços em saúde. Estes mecanismos pretensamente foram admitidos com a

1- DIMENSTEIN, G. Mortalidade Infantil. Índice do Brasil supera o de países mais pobres. São Paulo, Folha de S. Paulo, p.2, 16.12.1994.

intenção de estender o atendimento às populações que não se utilizariam dos serviços públicos. Uma das características importantes dos planos propostos por instituições destes setores é a de que seus contratos apresentam mecanismos de restrição de uso para determinadas afecções e situações e como se destinam àquelas parcelas sociais de maior renda, recaem sobre o sistema público os encargos de prestar atendimento à população não atendida pelos planos de saúde e o tratamento dos casos mais graves não previstos nos contratos.

A discussão sobre a qualidade da assistência médica tem estado presente nos Estados Unidos desde a década de 50 com os trabalhos desenvolvidos pela antecessora da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* que procurou estabelecer critérios de qualificação e acreditação dos Hospitais americanos. A avaliação proposta pela *JCAHO*, apesar de caracterizada pela adesão voluntária das instituições, passou a ser item exigido para a obtenção de financiamento do setor nos EUA, tanto por parte de agências governamentais como por empresas de seguro saúde². O estabelecimento de metas a serem cumpridas a médio e longo prazo no que se refere à promoção da qualidade tornou-se instrumento de pressão das instituições financiadoras do sistema na forma de pagamentos diferenciados às organizações hospitalares que conseguissem atingir os objetivos propostos. Tal prática abriu aos hospitais americanos a possibilidade de instituírem programas especificamente voltados para a qualidade em suas estruturas organizacionais.

A Organização Panamericana de Saúde (O.P.S.) em anos recentes tornou publico um Manual em que são estabelecidos os Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais para a América Latina, como parte do esforço de desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde na transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde. Partindo da discussão com participantes de vários países procurou estabelecer doutrina e filosofia pertinentes à qualidade de seus hospitais, de maneira a identificar indicadores locais e institucionais que servissem à mensuração dos padrões de qualidade hospitalares³.

No Brasil, no final da década de 60 e início da década de 70, com a reestruturação dos modelos de atendimento médico hospitalar por intermédio da criação do Inamps, foi possível perceber alguma preocupação com aspectos relacionados à

2- JOST, T.S. - Medicare Peer Review Organizations. In *Quality Assurance in Health Care*. v.1 n.2/3, p.73-78, 1989.

3- NOVAES, H.M, PAGANINI, J.M - Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe. Opas/OMS - Brasília, Fed.Latino-Americana de Hospitais, Série SILOS n.13, 1992.

qualidade dos serviços médico-hospitalares. É desta época a publicação de parâmetros referentes às necessidades estruturais mínimas dos nossos hospitais como por exemplo o RECLAR, a resolução Ciplan n.9 e a Portaria 400 do Ministério da Saúde⁴. No início dos anos 90 pode ser detectado um esforço de discussão, por parte de instituições não governamentais, de modelos de garantia da qualidade passíveis de serem aplicados à nossa realidade. Tal iniciativa não se deu através de organizações oficiais ou de classe, porém pela conjunção de esforços individuais em várias instituições. Mais recentemente, a Associação Paulista de Medicina (A.P.M.) e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (C.R.M.-SP) desenvolveram programa específico de promoção da qualidade através de mecanismos de acreditação e avaliação de hospitais apresentando alguma similaridade com os programas existentes no primeiro mundo⁵.

A Instituição objeto deste estudo desenvolve algumas experiências na garantia e promoção da qualidade, porém até o momento presente, não optou por aderir ao programa desenvolvido pelo grupo de qualidade da A.P.M e do C.R.M/SP.

4- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Brasília, Centro de Documentação do Min.Saude, 2 ed., 1983, 120p.

5- BURMESTER, H.: Experiências da Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina. Palestra apresentada durante o Seminário sobre "Acreditação dos Serviços de Saúde como Instrumento do Controle de Qualidade. Brasília, OPAS/OMS/ Federação Brasileira de Hospitais, 1992.

Este trabalho tem como primeiro objetivo demonstrar que a cultura da qualidade em assistência de saúde está presente na Instituição estudada embora o nível de conscientização dos profissionais envolvidos com o processo varie de departamento para departamento. O perfil do processo de garantia de qualidade está vinculado a estas variações e, como consequência, o engajamento com as mudanças culturais dos grupos de trabalho não é uniforme. Pretende-se analisar estas diferenças e propor-se medidas que possibilitem uma maior integração dos vários departamentos envolvidos.

Um segundo objetivo é descrever cada um dos processos observados, analisando-os e comparando-os em sua forma, amplitude de penetração e resultados, procurando identificar os enfoques mais importantes em cada situação. A ênfase no estudo da estrutura, dos processos e dos resultados⁶, permite que sejam detectadas as "não conformidades" presentes pretendendo demonstrar que os esforços de gerenciamento da qualidade em cada situação se tornaram instrumentos válidos e interessantes para a administração na proposição de mudanças.

O aspecto do desenvolvimento da cultura para a qualidade será estudado detalhadamente em cada serviço descrito procurando explicitar os mecanismos e técnicas que tornaram possíveis as mudanças necessárias⁷. A análise crítica de cada experiência permite o estabelecimento de propostas de ampliação do espectro de atuação deste processo, assim como o oferecimento de sugestões específicas na busca de melhorias nas unidades analisadas.

Finalmente, como parte conclusiva deste estudo, procurar-se-á propor a criação de um sistema de gerenciamento do processo de melhoria da Qualidade que possa integrar e coordenar todos os esforços para a sua garantia, com definição de filosofia e doutrina, além de mecanismos de homogeneização conceitual. A idéia implícita é a do envolvimento de toda a estrutura organizacional com os processos produtivos, tendo em vista as necessidades dos clientes, sua visão dos serviços que recebe, bem como dos padrões mínimos aceitáveis de qualidade prestada do ponto de

6- DONABEDIAN, A, "The Definition of Quality: A Conceptual Exploration". In Donabedian, A, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. I: The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. p3-31

7- PINHO TAVARES, M.G., "Cultura Organizacional- Uma Abordagem Antropológica da Mudança" Rio de Janeiro, Qualitymark, 1993.

vista dos agentes produtores e administradores da
organização.

4.1- Tipo de estudo.

Para este estudo foi utilizada uma metodologia de abordagem dos modelos classificada como teórico-empírica, em que os levantamentos realizados são estudados segundo padrões de comparação com modelos descritos na literatura de administração de serviços de saúde.

4.2- Levantamento de bibliografia.

Procedeu-se a revisão bibliográfica dos assuntos vinculados ao tema, em que se procurou estabelecer que referenciais teóricos e marcos conceituais servem de base aos modelos estudados. Esta procurou envolver e caracterizar as relações conceituais relativas a Qualidade nas organizações de serviços assim como as questões pertinentes aos aspectos técnicos da produção de cada unidade estudada. No levantamento efetuado predominam textos de literatura americana e nacional publicados nos últimos 6 anos.

4.3- Metodologia de levantamentos de informações.

O método utilizado para o levantamento de dados e diagnóstico da situação presente em cada uma das unidades apresentadas foi a realização de entrevistas com os responsáveis pelas mesmas. A intenção foi levantar as questões que desencadearam no ambiente das unidades a motivação para a implantação dos modelos observados. Além disso, procurou-se detalhar o funcionamento dos modelos existentes em termos de organização, procedimentos operacionais, coleta de dados e métodos de análise observados. Os períodos analisados foram os anos de 1993 e parte de 1994.

4.4- Abordagem dos aspectos culturais vinculados.

A questão da cultura organizacional presente e das mudanças no seu perfil, ocorridas durante a implantação dos modelos, estará detalhada na apresentação dos mesmos. Foram estudados os traços mais influentes presentes em cada um dos serviços analisados, assim como a sua forma de interferência no processo de garantia da qualidade.

4.5- As experiências analisadas.

Este estudo foi realizado num hospital geral de 330 leitos, nas unidades e serviços que desenvolveram programas de qualidade na tentativa de assegurar melhores padrões de prestação de serviços. Foram estudadas as experiências do laboratório de análises clínicas, do serviço de controle de

infecções hospitalares, das unidades de cuidados intensivos para pacientes adultos e dos serviços de enfermagem, no que se refere aos serviços técnicos propriamente ditos. Estes serviços desenvolveram projetos de trabalho específicos, em momentos diferentes da Instituição.

Do ponto de vista da qualidade segundo a percepção do cliente/paciente procurou-se estudar a organização e atuação do serviço de atendimento ao cliente (S.A.C.). Este serviço foi implantado em bases de busca ativa dos principais problemas e reclamações que podem emergir do universo de pacientes internados, tendo sido criado em 1991. Procurou-se analisar os resultados deste modelo de serviço durante o ano de 94, assim como detalhar quais medidas administrativas foram tomadas no sentido de minimizarem-se as queixas e aumentarem-se os graus de satisfação dos usuários de serviços.

No plano administrativo da Instituição, o modelo de círculos de controle de qualidade, implantado também em 1991, para processamento e implementação de programas de garantia da qualidade no âmbito de serviços de apoio não diretamente vinculados à atividade fim, foi analisado em relação à produção destes grupos e dos trabalhos e métodos utilizados.

5. Referencial teórico e marcos conceituais.

5.1 - Definindo conceitos.

Qualidade, segundo o novo dicionário para a Língua Portuguesa, editado pelo Prof. Aurélio Buarque de Hollanda⁸, "é a propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e determinar sua natureza". Numa escala de valores, qualidade é constituída pelo atributo que permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa. Contudo, é essencial aos objetivos de quem trabalhe com qualidade procurar distinguir os aspectos subjetivos e objetivos da mesma, sem deixar de ter em vista sua conceituação global.

Ao procurarmos caracterizar a qualidade de um determinado produto, serviço ou qualquer outro agente substantivo (pessoas, coisas, idéias, filosofias etc...) torna-se necessário estabelecer algumas premissas básicas:

- 1) Quais suas características intrínsecas;
- 2) A quem se destina tal objeto;
- 3) Por quem é produzido ou desenvolvido;
- 4) Qual o seu valor ou utilidade;
- 5) Que padrões de comportamento sociais, culturais e psicológicos podem influir na definição de seu perfil.

Na verdade, ao trabalharmos com qualidade é fundamental ter em mente que qualquer produção humana se vincula à pessoas. É possível, inclusive, estabelecermos um diagrama trigonal em que os lados são os elementos constituintes (o que é produzido, por quem é produzido, para quem é produzido) enquanto que a área interna do triângulo é composta por suas características intrínsecas, atributos e valores.



8- HOLANDA, A.B.: Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1.a Ed, 1972.

5.2 - Qualidade e a visão sistêmica.

W. Edwards Deming, na introdução do seu livro "Qualidade. A revolução na Administração"⁹ apresenta o conceito de "saber profundo" como sistema elencando uma visão de Teoria Geral de Sistemas, elementos de Teoria da Variabilidade, de Teoria do Conhecimento e de Psicologia como as bases fundamentais sobre as quais desenvolve sua teoria e justificando, a partir dos pressupostos de cada um destes conhecimentos, sua proposta¹⁰.

Segundo Bertalanffy¹¹, sistema é o conjunto de elementos, materiais ou idéias entre as quais se possa encontrar ou definir alguma relação, constituindo princípios implícitos de coordenação e funcionamento como uma estrutura organizada. Sistema, segundo Deming, é uma série de funções ou atividades de um organismo que trabalham em conjunto em prol dos objetivos comuns.

Ao estudar sistemas, as características de interdependência e integração entre os constituintes emergem como elementos fundamentais na definição dos insumos e resultados. Tais modelos implicam em um trabalho especificamente voltado para a administração dos processos de produção vinculados aos mesmos. Desta forma os objetivos de um sistema podem ser estabelecidos por aqueles que o administram. Sem objetivos não se pode dizer que existam sistemas pois os seus itens constituintes por si só não implicam em realização, apesar de serem essenciais.

Os valores individuais e pessoais são os outros elementos fundamentais na conceituação de qualidade. As características vinculadas a comportamento humano, traços psicológicos e noções de valores variam consideravelmente entre indivíduos, assim como entre comunidades e sociedades. As vinculações culturais, educacionais e históricas são os mecanismos por meio dos quais os padrões de comportamento de determinadas sociedades recebem validação. As variações individuais são consequência dos modelos de educação por que passam as pessoas desde o seu nascimento. Há contudo as características consideradas herdadas por patrimônio genético. As relações entre pais e filhos desde o nascimento, todavia, moldam os caracteres das pessoas e este patrimônio vai se adaptando às condições do sistema em que o individuo está imerso. O mecanismo natural de perda, compensação e gratificação perante os comportamentos adotados constitui-se em forma

9- DEMING, W.E. Qualidade. A revolução na administração, Tradução de Clave Comunicação e Recursos Humanos, Rio de Janeiro, 1982.

10- _____, Saber Profundo como Sistema, in Qualidade, A revolução na administração.

11- BERTALANFFY, L.V., Teoria Geral de Sistemas, Tradução de F.M. Guimarães, 2.ed, Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1975.

rotineira de condicionamento presente em todas as sociedades humanas¹².

Por outro lado, saúde pode ser considerada como um bem ou como um serviço, e sua qualidade deve ser abordada segundo os critérios anteriormente descritos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, define-se saúde como o **estado de completo bem estar físico, psíquico e social do indivíduo humano**¹³, porém ao tentarmos estabelecer bases conceituais sobre saúde aparecem necessidades mais extensas e abrangentes no sentido do estabelecimento de limites a cada item desta definição.

Segundo Chaves¹⁴, saúde associa-se a um aumento na quantidade e qualidade de vida. A análise de indicadores aceitos universalmente, como por exemplo, expectativa de vida ao nascer, mortalidade neonatal precoce, e mortalidade infantil nos permitem constituir noção acerca da qualidade dos sistemas de saúde de distintas comunidades. O perfil nosológico de cada sociedade possibilita estabelecer padrões de comparação entre as condições de saúde de seus constituintes. Tal visão leva a considerar como elementos fundamentais na concepção de saúde aqueles decorrentes dos sistemas educacional, produtivo, econômico e cultural das nações, pois o estado de saúde está intimamente associado às condições de educação, trabalho, cultura, lazer e conforto que a sociedade possa propiciar a seus membros.

O trabalho de Deming, na proposição de instituir formas de promoção da qualidade, foi consequente ao conhecimento a que teve acesso durante o período em que trabalhou para o Ministério da Agricultura dos EUA¹⁵, sobre as ferramentas estatísticas desenvolvidas por Shewhart acerca do controle dos limites de variações em muitos aspectos da produção industrial¹⁶. Posteriormente, com a aceitação de suas idéias pelo grupo responsável pela reconstrução do Japão, a aplicação prática dos princípios propostos por Deming passou a figurar como elemento importante no desenvolvimento de uma cultura de produção com qualidade naquele país, a ponto de em 1951 ter sido lá instituído o Prêmio Deming de Qualidade.

Os catorze princípios desenvolvidos por Deming aplicam-se indistintamente a qualquer tipo de organização quer seja pequena ou grande, de produção industrial ou de serviços,

12- LEVINSON, H. - Organizational Diagnosis. Cambridge, Ma., Harvard University Press, 1972.

13- CHAVES, M.M - Saude e Sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978, p 8-10.

14- _____, _____ - Saude Uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Dois, 1982. p18-23.

15- WALTON, M. - The Deming Management Method, New York, NY, Perigee Book, 1986.

16- SHEWHART, W - Economic Control of Quality of Manufactured Product, Princeton, NJ, Van Nostrand, 1931; Repr. American Society for Quality Control, 1980.

departamentos ou divisões de uma organização maior¹⁷. Em relação às situações concretas das instituições de saúde, a aplicação de técnicas de mensuração e avaliação dos perfis de serviços referem-se a que formas e mecanismos processuais os hospitais, clínicas, consultórios e outros serviços, poderão utilizar no sentido de atingir a excelência segundo a visão de administradores deste tipo de instituição¹⁸.

17- DEMING, W. Edwards - Qualidade e produtividade na prestação de Serviços, in Qualidade, A revolução na administração p.150-151.

18- MEZOMO, J.C.- O modelo Industrial de Melhoria de Qualidade aplicado aos Serviços de Saúde. Hospital- Administração e Saúde - vol 18 n.3 - maio/junho 1994.

5.3 - Qualidade em serviços.

Existem algumas características peculiares aos serviços que permitem diferenciá-los do conceito de produto¹⁹. A primeira delas é a sua intangibilidade. Serviços podem ser consumidos porém não possuídos nem palpados. Normalmente são definidos de maneira subjetiva, ao passo que os produtos podem ser descritos de maneira clara e objetiva. Prestar serviços implica atitudes e comportamentos e a interferência dos fatores psicológicos e culturais pode aumentar ainda mais as dificuldades de mensuração do perfil de qualidade dos mesmos.

Produtos podem ser estocados para venda futura, enquanto serviços são normalmente consumidos quando da sua produção. O exemplo da disponibilidade de leitos em um hospital é típico. Não se pode transferir os leitos não ocupados de um dia para outro. Além disso, serviços são menos padronizados e uniformes, diminuindo a possibilidade da produção seriada tal qual existe para produtos. As variações individuais presentes em cada serviço dificultam o estabelecimento de padronizações de conduta que cubram todas as eventualidades. Por exemplo, ao se tratar uma pneumonia, as variações detectadas de paciente para paciente quanto ao uso de antimicrobianos, tempo de internação e variações de indicadores e complicações tornam praticamente impossível dizer que a pneumonia do paciente A se comportou de maneira similar a do paciente B.

Serviços são em última instância prestados por pessoas e para pessoas. Como consequência as características individuais passam a ter uma forte influência nos resultados obtidos²⁰. Serviços, por constituírem eventos que envolvem o relacionamento humano, acrescentam o aspecto da negociação e trocas de impressões entre os agentes participantes em muito maior grau que os produtos. Não conformidade em serviços pode ser fatal e nem sempre corrigível por novos procedimentos, enquanto em produtos um esforço de suporte e assistência técnica pode, com maior facilidade, corrigir eventuais falhas.

Brian Rothery²¹, ao analisar os aspectos de serviços que estão incorporados à série de normas ISO, discute detalhadamente a questão da quantificação de métodos e

19- CERQUEIRA NETO, E.P. - Qualidade em Empresas prestadoras de Serviços, Palestra apresentada na International Conference on Quality Control, Anais, Rio de Janeiro, 1989.

20- KOGURE, M. Service Industries and Quality Assurance, Palestra apresentada na International Conference on Quality Control, Anais, Rio de Janeiro, 1989.

21- ROTHERY, B. A norma em serviços, in ISO 9000, São Paulo, Makron Books do Brasil Editora, 1993.

processos de prestação de serviços, inclusive apondo críticas à tendência de se procurar mensurar fenômenos do campo do relacionamento cliente-fornecedor.

A ISO 9004 trata da gestão da qualidade de serviços e oferece para quem trabalha com qualidade conceitos e definições acerca de o que é serviço, o que pode ser considerado como constituinte do mesmo e introduz o conceito de responsabilidade gerencial na administração da qualidade de serviços²². Propõe ainda que tal modelo de norma seja aplicável em diversos tipos de unidade, incluindo-se na área de saúde hospitalares, consultórios, médicos, laboratórios e outros estabelecimentos.

A valorização do relacionamento cliente - fornecedor é de suma importância na prestação de serviços²³. Por meio da comunicação e do estudo dos seus padrões e problemas a qualidade dos serviços poderá ser aferida e aprimorada, na realidade, com trabalho sobre os hábitos e atitudes. Finalmente, cabe lembrar que apesar das diferenças, é possível se observar que produtos, com uma constância relativamente alta incorporam serviços em sua performance.

22- ISO/TC176/SC2/WG6 - Quality Systems - guide to Quality Management for Services. Draft guide, July, 1988.

23- COBRA, M.H.N., SWARG, F. A. - Marketing de Serviços : conceitos e estratégias, S.Paulo ,McGraw- Hill, 1986.

5.4- Qualidade em serviços de saúde.

Ao procurar definir qualidade em serviços de saúde, o estudioso pode se defrontar com dificuldades decorrentes das próprias características do processo de prestação de serviços nesta área. Saúde é um estado que envolve atributos orgânicos, sociais e psíquicos dos indivíduos, e ao tentar estabelecer conceitos para avaliação de sua qualidade é importante identificar quais são os componentes do conhecimento humano essenciais à análise²⁴.

A evolução do conhecimento médico nos últimos 50 anos, com a agregação de novas tecnologias e processos terapêuticos modificou sensivelmente a noção de adequação dos processos. O desenvolvimento de novos mecanismos de comunicação e informação propiciou o aparecimento de novos modelos de relação entre os profissionais do setor e seus usuários. A par disto o desenvolvimento de novos equipamentos e tecnologias implicou no fortalecimento de setores industriais vinculados à produção de serviços de saúde, cuja capacidade de pressão sobre os sistemas locais e hospitalares se faz sentir²⁵. Os custos com a assistência médica apresentaram uma tendência sempre crescente nos últimos 25 anos a ponto do orçamento anual dos EUA terem passado de US\$ 25 bilhões em 1963 à cerca de US\$900 bilhões em 1993. Simultaneamente a este processo de gradativo encarecimento do processo de prestação de serviços em saúde foi possível notar, na sociedade norte-americana, um movimento de valorização da qualidade e de sua garantia por parte das instituições hospitalares. Os trabalhos da atual *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, iniciados na década de 50, passaram a constituir parte dos critérios essenciais exigidos pelas instituições financiadoras do Sistema de Saúde americano para definir padrões de remuneração pelos serviços prestados²⁶.

Ao considerar os elementos participantes do processo de prestação de serviços de saúde, com o intuito de tentar definir sua qualidade, devem ser encaradas as situações do usuário, do prestador de serviços propriamente dito (com todas as implicações decorrentes do perfil do profissional seja ele médico ou não) e da instituição onde ocorre a prestação, assim como todas as interrelações entre as partes. O paciente, ao buscar atendimento médico ou de assistência à sua saúde, é um indivíduo que geralmente se encontra em estado de desequilíbrio em algum dos aspectos de sua vida, colocando-se

24- DONABEDIAN, A. Explorations in Quality assesment and Monitoring, Vol.II: The criteria and Standards of Quality. Ann Harbor, Il, Health Administration Press, 1982.

25- LANDMANN, J. Evitando a saúde e prevenindo a doença. Rio de Janeiro, RJ, Achiamé, 1982, p.25-26.

26- JCAHO-JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS -Accreditation Manual for Hospitals, Vol. I, Oakbook Terrace, Il, JACHO, 1992.

portanto em uma situação de dependência em relação ao sistema que o acolhe. O profissional de saúde é supostamente detentor de conhecimento capaz de fornecer respostas ou soluções às demandas dos pacientes, enquanto que a instituição prestadora dos serviços é organizada e instalada com a missão de propiciar um relacionamento adequado entre paciente e profissional de saúde.

Por razões históricas, o profissional de saúde, especialmente o médico, apresenta em seu perfil de formação uma tendência de concentração de fatores psicológicos que por si só já dificultam a relação de prestação de serviços. O médico é usualmente um profissional que acumula características pessoais que complicam sobremaneira a administração de um processo de garantia de qualidade numa instituição hospitalar²⁷ como por exemplo a prepotência, a arrogância e a tendência de supervalorização de suas opiniões e juízos.

De outro lado, a instituição prestadora de serviços apresenta em seu modelo de estrutura características que envolvem os interesses dos vários componentes do sistema de saúde. Desta forma, gerenciar uma instituição hospitalar torna-se uma das mais difíceis missões da administração visto que é fundamental propor-se conciliar estes vários interesses.

Além disso, o hospital, tal qual está atualmente estruturado, constitui por si só um ambiente em que vários processos de produção estão presentes, sendo necessária a aplicação de vários modelos de administração simultaneamente. Por exemplo, pode-se observar estruturas similares à linha de produção industrial em setores como lavanderia e nutrição, enquanto que ao gerenciar o corpo clínico, o administrador deve ter ciência de que o conhecimento disponível entre seus médicos passa por um modelo de gerenciamento similar àquele observado quando da administração de estruturas de produção científica²⁸.

Os interesses pessoais dos usuários costumam se contrapor àqueles da comunidade em que estes se inserem. Frequentemente ao se decidirem por novos investimentos os administradores hospitalares precisam estudar dados de evolução epidemiológica, de inserção de mercado e de populações para tentar promover a maior amplitude de cobertura de assistência

27- LARSON, K . Hospital Trustees Lead Quality Efforts, i Quality Progress, April 1990,p31-34.

28- PROAHSA-Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Proahsa). Manual de Organização e Procedimentos Hospitalares.São Paulo,SP, EAESP-FGV/FMUSP,1978.

à sua comunidade, em detrimento de opções que promovessem vantagens individuais²⁹.

Demlo³⁰ ao tentar identificar elementos básicos para uma definição de qualidade em cuidados de saúde procura estabelecer duas vertentes principais de estudo da relação entre usuários e prestadores de serviços: o conhecimento técnico do prestador e o relacionamento interpessoal. Ao estudar o aspecto técnico caracteriza, além do conhecimento científico propriamente dito, fatores de ordem pessoal dos profissionais de saúde vinculados a sua habilidade e talento para identificar problemas e prestar atendimento adequado aos usuários passando a noção de que existe muito de arte na relação paciente/profissional de saúde. Tais aspectos apresentam uma grande variabilidade de profissional para profissional o que pode representar um problema a mais ao administrador de sistemas de saúde na proposição e mensuração de programas de qualidade em suas instituições.

De outro lado, relaciona muitos dos aspectos psicológicos presentes no relacionamento interpessoal como fatores que podem interferir nos resultados dos processos de prestação de serviços de saúde. A expectativa dos pacientes, bem como sua estrutura interna no que se refere a preconceitos, receios e fantasias acerca de saúde e doença podem constituir elementos que exercem influência nos programas de garantia da qualidade.

Um outro fator, citado por Donabedian, é o da impressão que pode ser causada no paciente pelos recursos auxiliares disponíveis para seu conforto enquanto submetido a qualquer processo de tratamento de saúde. A vinculação de eventos classificados como amenidades por instituições hospitalares aos seus serviços técnicos médicos também interferem com a impressão subjetiva que o paciente pode perceber da qualidade do processo por que passa. Desta forma eventos vinculados à hotelaria hospitalar, à qualidade dos alimentos e à forma como o pessoal aborda os pacientes ou seus familiares passam a figurar como itens importantes na implementação de programas de qualidade médica³¹.

Outro elemento importante da prestação de serviços de saúde são seus custos e suas implicações³². Podem ser

29- BROOK, R.H. - Critical Issues in the Assesment of Quality and Care and Their Relationship to HMOs. Journal of Medical Education 48(1973): 114-34

30- DEMLO, L.K. - "Assuring Quality of Health Care: An Overview". Evaluation and the Health Professions, n.6:p.161-196, June 1983.

31- DONABEDIAN, A. - "Quality Assurance in Our Health Care System". Quality Assurance and Utilization Review 1: 161.196, February, 1989.

32- _____, _____. Aspects of Medical Care Administration: Especificing Requirements for Health Care. Cambridge, Ma.: Harvard University Press, for the Commonwealth Fund, 1973, 649 pp.

identificadas claramente duas abordagens na análise de custos em serviços de saúde: a primeira refere-se ao custo "individual" da prestação de serviços e a segunda ao seu custo social. Nem sempre a vinculação de qualidade a um determinado processo referido a pacientes individuais pode prescindir de análises do seu custo social. A opção que os administradores de saúde são frequentemente levados a tomar deve considerar a saúde como bem coletivo e, sempre que possível, o estudo de perfís de investimentos e qualidade médica devem levar em conta seu impacto nas comunidade em que as instituições hospitalares estão inseridas³³. Desta forma, questões pertinentes à acessibilidade da tecnologia médica, amplitude de cobertura e características epidemiológicas da população a que se destina estarão presentes nos processos de garantia da qualidade de cada instituição de saúde.

X Donabedian³⁴, em outro artigo publicado em 1990 procura listar os 7 atributos essenciais a definição de qualidade de serviços de saúde. São eles : eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Eficácia, segundo o proposto neste artigo, é a condição de competência em prover cuidados de saúde, na sua melhor performance. Eficiência é simplesmente uma medida de custo a que uma dada atividade de saúde se dá, de forma a que sejam obtidos os melhores resultados possíveis. Efetividade, em contraponto a eficácia, é o incremento em saúde que pode ser encontrado ou esperado sob circunstâncias de prática corrente dos processos e procedimentos a serem tomados. Otimização torna-se importante quando os efeitos dos cuidados de saúde devem ser valorizados não em termos absolutos ou em relação a situações individuais, porém em referência a seus custos e benefícios possíveis. Aceitabilidade inclui critérios dependentes da acessibilidade dos recursos aos usuários, sua disponibilidade social, da prática da relação interpessoal, como por exemplo, consideração e respeito na relação profissional, além de aspectos referentes às amenidades disponíveis aos usuários nas instituições. Legitimidade inclui critérios de aceitação dos processos pela comunidade ou sistema social em que a instituição está inserida, com as consequentes questões de modelos de atuação política e jurídica, e equidade se refere às condições de acessibilidade garantida a todos os elementos que participam do mesmo espaço social.

Em 1991, a JCAHO iniciou processo de revisão dos seus manuais e parâmetros utilizados na avaliação dos hospitais

33- _____, WHEELER, J. , WYSZEWSKI, L. , "Quality, Cost, and Health: an integrative Model", Medical Care 20: p975-992, 1982.

34- _____, The seven Pillars of Quality , Arch Pathol Lab Med - vol114, November 1990.

americanos, de forma a procurar valorizar ainda mais a identificação de padrões locais de qualidade e formas de documentação adequada dos esforços de promoção e garantia de qualidade. Tal trabalho apresentou modificações importantes em relação ao número de parâmetros que se propõe sejam avaliados (com redução do seu numero total) e também em relação aos indicadores de avaliação do perfil do corpo clínico e de revisões de casos de complicações cirúrgicas, além de ter acrescentado um capítulo exclusivamente dedicado às questões dos direitos dos pacientes³⁵.

Novaes e Paganini³⁶ em trabalho recente, propuseram o uso de indicadores adaptados às realidades regionais na acreditação de instituições hospitalares para América Latina e Caribe utilizando metodologia bastante similar à desenvolvida pela JCAHO. Introduzem também considerações acerca da inserção das instituições analisadas nos Sistemas Locais de Saúde, onde o conceito de complementariedade de padrões de serviços é abordado tendo em vista a estrutura dos serviços de saúde em função das necessidades das populações, dados epidemiológicos e demográficos³⁷.

Em nosso meio, um dos trabalhos mais importantes e consistentes relacionado à qualidade dos serviços hospitalares, desenvolvido inicialmente por um grupo conjunto de administradores da Associação Paulista de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de S.Paulo, se constituiu no CQH - Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar do Estado de S.Paulo³⁸. A base de trabalho é a instalação de um sistema de informações cujo intuito é avaliar a qualidade do atendimento médico hospitalar utilizando o registro e análise dos dados referentes aos processos de produção de serviços. Sua finalidade é contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria das atividades nesta área com introdução de conceitos de racionalidade e eficiência dos procedimentos. A participação das instituições é voluntária e o princípio para avaliação é o cumprimento de uma série de requisitos relacionados à indicadores que possibilitam à instituição participante receber um selo de conformidade ao final de determinado período de avaliação. Este esforço vem desde 1992.

O Hospital Ana Costa, no município paulista de Santos, iniciou em 1992 um programa que incluía aspectos de avaliação

35- JCAHO- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Scoring Guideline, Vol.II, Oakbrook Terrace, IL, 1991.

36- NOVAES, H.M., PAGANINI, J.M. Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais, Washington, DC, Opas/OMS, 1994.

37- Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) - Análise Conceitual e Apreciação de Programas Selecionados para Am.Latina e Caribe. PROAHSA, S.Paulo, Ed Pioneira, 1990.

38- C.Q.H - Manual de orientação aos Hospitais -São Paulo, APM e CREMESP. 1994

de produtividade e qualidade de serviços médicos em unidades de internação, ambulatorios, centros cirurgicos, e serviços de apoio diagnóstico que mereceram uma edição especial da Revista Qualimetria³⁹. Mezomo, em artigo publicado em maio de 1994, elabora um modelo de aplicação dos 14 princípios de Deming a hospitais e enfatiza especificamente a questão do comprometimento dos atores com o conhecimento das expectativas e necessidades dos usuários, a responsabilidade do nível gerencial com o processo de garantia da qualidade, e a conduta pro-ativa que deve permear a organização na identificação e prevenção de problemas⁴⁰.

Neuhauser⁴¹, aborda em capítulo publicado em 1991, a questão do controle dos processos de produção de serviços de saúde, elaborando uma visão aplicada dos 14 pontos propostos por Deming às instituições de saúde. Tal propositura esta listada a seguir:

Ponto 1 - Criar constância de propósitos para melhoria dos produtos e serviços. Para isto é fundamental trabalhar o traço cultural da urgência e velocidade em obter-se resultados presente nas instituições de saúde. Qualidade implica em esforço cotidiano na mudança da cultura corporativa e para isto há que se promover iniciativas e aguardar resultados de longo prazo.

Ponto 2 - Adotar a nova filosofia. Qualidade não é um insumo específico das áreas gerenciais e dos médicos. É essencial que a filosofia permeie toda a estrutura organizacional. Todas as proposições que envolvam qualidade dos serviços devem receber tratamento privilegiado ou no mínimo igual ao recebido pelos setores de administração financeira das instituições hospitalares.

Ponto 3 - Cessar a dependência da inspeção para a obtenção de qualidade. O crescimento do número de profissionais responsáveis pela inspeção da qualidade nos hospitais não implica necessariamente em um incremento dos seus padrões. É necessário mudar a filosofia punitiva e coercitiva para que a partir das notificações voluntárias dos erros possam ser estabelecidos programas de incremento da qualidade.

Ponto 4 - Cessar a prática de negociação e compras de insumos baseada exclusivamente no preço. Procurar estabelecer

39- QUALIMETRIA. Tecnologia e vida. Garantia e objetivo da qualidade no Hospital Ana Costa. Ed. especial Qualimetria Hospitalar, São Paulo, Qualimetria, set/92.

40- MEZOMO, J.C. O Modelo Industrial de melhoria de Qualidade aplicado aos Serviços de Saúde, HOSPITAL- Administração e Saúde- Vol 18 n.3 - maio/junho 1994.

41- NEUHAUSER, D., KOVNER, A.R. The Quality of Medical Care and the 14 Points of Edwards Deming, in Health Services Management, Ann Harbor, MI, Health Administration Press, 1991, cap.11 p181-186.

relações confiáveis entre fornecedores e o hospital, se necessário com a garantia da exclusividade, desde que a qualidade dos insumos esteja assegurada.

Ponto 5- Promover com constância e regularidade todo o processo de planejamento, produção e serviços. Não interromper o esforço de promoção da qualidade a partir da consecução dos objetivos iniciais. É importante ter sempre em vista novos objetivos e metas.

Ponto 6 - Instituir treinamento em serviço. Incluir em serviços médicos a necessidade de incremento de instrumentos de promoção dos conhecimentos técnicos pelo corpo clínico e staff de enfermagem tendo em vista a melhor assistência aos pacientes.

Ponto 7 - Instituir liderança. Apesar deste ponto poder parecer trivial e óbvio, Deming desenvolveu um conceito todo especial caracterizado pela consciência de que promover qualidade, criar mecanismos de mensuração da performance qualitativa, manter constantes os propósitos, e mudar os processos produtivos para promoção da qualidade, são fundamentos essenciais ao exercício da liderança, especialmente em áreas de serviços de saúde.

Ponto 8 - Eliminar o medo. Procurar estabelecer um modelo de administração de recursos humanos que não seja caracterizado pela punição dos erros. Tal característica é especialmente relevante naqueles serviços em que a integração entre várias profissões de saúde tem de conviver no dia a dia.

Ponto 9- Quebrar as barreiras entre áreas profissionais. A comunicação entre os vários profissionais de saúde deve ser privilegiada. Todos os departamentos de um hospital devem ter em mente que seus serviços irão se integrar na prestação a um único consumidor, o paciente.

Ponto 10- Eliminar slogans e exortações. Tais práticas constantemente levam os profissionais de saúde a uma situação de frustração e desrespeito em relação à instituição.

Ponto 11 - Eliminar quotas numéricas de produção e de mensuração da força de trabalho. Performances diferentes são admitidas em função das variações individuais. Com um ambiente de contínua promoção da qualidade, geralmente os trabalhadores de saúde tendem a dar o melhor de si.

Ponto 12- Remover as barreiras que privam as pessoas do prazer de sentirem orgulho pelo seu trabalho. Procurar eliminar procedimentos de avaliação de desempenho anuais e

premiações. Mérito não é adequado a análise de processos de promoção de qualidade quando é patente o esforço de todos em fazer o melhor. Tais práticas podem incutir no corpo de funcionários do hospital a desconfiança e a quebra do respeito pelo processo de promoção da qualidade.

Ponto 13- Instituir um vigoroso programa de educação e auto desenvolvimento para todos. Devem ser instituídos programas que contemplem com clareza todas as áreas de atividades presentes na instituição de saúde.

Ponto 14- Colocar todos na instituição para trabalhar e acompanhar a transformação. Em verdade este ponto recapitula todos os demais na medida em que propõe a participação de todos os agentes prestadores de serviços na formulação e acompanhamento do processo de transformação para a qualidade.

5.5 - Qualidade em Laboratórios de Análises Clínicas.

Até o aparecimento da padronização de reagentes para a execução dos exames sorológicos para a detecção de sífilis, com a instituição da cardiolipina para a reação de fixação de complemento pelo Venereal Disease Research Laboratory (V.D.R.L), no final dos anos 40, a execução de procedimentos de controles de qualidade das reações laboratoriais clínicas era realizada de maneira manual, sem parâmetros de comparação entre resultados obtidos por laboratórios diferentes⁴².

Em 1950, Levey e Jennings propuseram um modelo de mensuração da performance de produção dos laboratórios clínicos baseado nos modelos estatísticos desenvolvidos por Shewhart, através do uso de reagentes de referência obtidos de pool de soros humanos congelados⁴³. A utilização do modelo proposto passou a ser corrente, no que se refere a exames executados em soros, porém a crítica que se colocou à partir desta época se referia a quais os limites de confiança deveriam ser aceitos na definição dos padrões de conformidade aceitáveis para os exames⁴⁴. Com o tempo e a experiência aceitou-se como adequada a utilização de dois desvios padrão como modelo de referência.

Os problemas decorrentes da padronização do uso de reagentes controle a partir de soros humanos liofilizados ao invés de soros de origem animal passaram a ser parte importante da preocupação dos autores vinculados a controle da qualidade laboratorial. Foram estabelecidas rotinas e processos padronizados na tentativa de serem eliminadas contaminações por agentes virais dos soros controles⁴⁵.

A questão da precisão e da acurácia no que se convencionou chamar de controle interno da qualidade em laboratório clínico passou a ser considerada essencial com os trabalhos de Gosset⁴⁶ desenvolvidos a partir de experiências na indústria, e teve suas aplicações desenvolvidas com o aparecimento dos métodos automatizados de análises por exigência de agências oficiais como a Health Care Financing Agency (HCFA), os Centers for Disease Control (CDC) e o College of American Pathologists (CAP)⁴⁷.

42- DIAMOND, I. The Hospital 50 years ago. Pathologist 1985, p.39:41.

43- LEVEY, S., JENNING, E.R. The use of control chart in the clinical laboratory. Am J Clin Pathol, 1950, p.20:1059.

44- HENRY, R.J., SEGALOVE, M. The running of standards in clinical chemistry and the use of the control chart. J Clin Pathol, 1952, p.5:305.

45- FRASE, C.G., PEAKE M.J. Problems associated with clinical chemistry quality control materials. CRC Crit Rev Clin Lab Sci 1980, p.12:59.

46- GOSSET, W.S. Errors of routine analysis. Biometrika 1927, p.19:151.

47- NCCLS. NATIONAL COMMITTEE FOR CLINICAL LABORATORY STANDARDS. Internal Quality Control Testings: Principles and definitions. in Proposed Guidelines NCCLS - C24-P 5(8): p.171, 1985.

Howanitz introduz a questão da mensuração dos vários sub-processos que constituem a produção de exames de análises clínicas, detalhando quanto é importante não se ater aos aspectos exclusivamente voltados para a produção de resultados confiáveis, mas também tratando das questões envolvendo as fases pré e pós analíticas⁴⁸. Desta forma o estudo dos problemas que ocorrem em cada uma das fases que compoem o processo de produção em análises clínicas toma importância crucial na definição da garantia da qualidade dos resultados apresentados.

A fase pré-analítica pode ser subdividida em dois componentes principais: a preparação do paciente e a manipulação das amostras. O estudo dos problemas eventuais destas fases pode permitir a proposição de programas específicos de promoção da qualidade⁴⁹.

A fase pós-analítica também tem recebido grande atenção dos administradores de saúde nos laboratórios clínicos de suas instituições e grande parte dos problemas apresentados não podem prescindir de uma estrutura de informática hábil em prevenir e resolver problemas⁵⁰. O desenvolvimento de ferramentas aplicáveis à esta fase tornou-se questão pertinente ao processo de garantia da qualidade de diversos laboratórios.

O sistema de garantia da qualidade para laboratório clínico evoluiu para um modelo de controles internos e externos em seus ambientes de atuação. Os padrões propostos incluem procedimentos e orientações específicas para cada nível de controle adotado. Desta maneira, o uso de preparações desenvolvidas para cada instância de controle, além de padrões de referência internacional, passou a ser essencial às definições de perfis de qualidade dos laboratórios. O papel de instituições de referência, como o National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS) e o College of American Pathologists (CAP) dos Estados Unidos, assumiu importância fundamental no final da década de 70 e início dos anos 80, seja por meio da publicação de manuais de procedimentos e rotinas específicas para controles, seja pela atuação destas instituições na elaboração de políticas de promoção da

48- HOWANITZ, P.J., HOWANITZ, J.H. - Laboratory Quality Assurance, Los Angeles, CA. Mac.Graw Hill, 1987.

49- FODY, E.P. Preanalytic variables: A management Problem. Symposium on laboratory management. Clin Lab Med 1983, p.3:525.

50- STEINDEL, S.J. Process control systems - A question waiting to be answered. Pathologist, 1984, p.38:465.

qualidade nas instituições de saúde estabelecendo critérios para acreditação e pagamento dos prestadores de serviços⁵¹.

Em nosso meio, os primeiros trabalhos no sentido de estabelecer programas de controle da qualidade para laboratórios clínicos partiram da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, que introduziu em 1976 o PELM - Programa de Excelência em Laboratórios Médicos, utilizando metodologia similar à desenvolvida nos Estados Unidos⁵². Sua base estava na utilização de métodos e soros padrão que permitissem aferir a qualidade dos resultados em exames bioquímicos e hematimétricos. Posteriormente o espectro de atuação do programa estendeu-se às demais reações sorológicas, e atualmente participam do programa cerca de 600 laboratórios no território nacional.

51- McCLATCHEY, K.D., HAUPT C.J. Standards, Reference Materials, and Methods: A practical Guide for the Medical Laboratory, ed 2. Skokie, Il, College of American Pathologists, 1984, p.1-2.

52- SBPC.SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Programa de Excelência em Laboratórios Médicos. Rev.Brasileira de Patologia Clínica, v.14(4) : p.207-211,1978.

5.6 - Controle de Infecções Hospitalares.

A história da preocupação com o controle das infecções hospitalares se sobrepõe à própria história do desenvolvimento dos hospitais tais como são conhecidos atualmente. As primeiras instituições em que se identificam modelos de atendimento a pacientes em regime de internação foram os mosteiros e conventos da idade média, onde os enfermos eram concentrados em ambientes exclusivamente voltados para o seu atendimento, as chamadas "enfermarias". Com o passar dos anos as comunidades passaram a assumir a administração e a organização destas unidades, porém ainda com grande participação dos religiosos. Nos séculos XVIII e XIX, numerosos hospitais gerais foram criados na Europa, onde eram predominantemente internados os pobres, já que os membros das classes burguesa e aristocrática recebiam normalmente tratamento domiciliar. As condições sanitárias e de higiene nestes estabelecimentos eram muito precárias e facilitavam a propagação de doenças infecto-contagiosas consequentes à reunião, em ambiente confinado, de um elevado número de enfermos. As taxas de mortalidade por infecção ("febre") puerperal e por complicações pós amputações elevavam-se a mais de 60% dos pacientes.

No início do século XIX, as observações de Florence Nightingale e William Farr foram capazes de demonstrar com clareza as relações entre más condições higiênicas e elevadas taxas de complicações pós operatórias. Semmelweis, obstetra na Áustria, na segunda metade do século conseguiu estabelecer uma relação causal entre a febre puerperal e as condições de assistência ao parto, a partir da observação de incidência de complicações comparativas entre partos em ambientes domésticos e aqueles realizados em grandes hospitais escola. Propôs a medida de lavagem das mãos com soluções cloradas como forma de reduzir o risco de aparecimento de infecção.

Lister, mais ou menos na mesma época, a partir das informações oriundas dos estudos de Pasteur, estabeleceu como rotina o tratamento das feridas e incisões cirúrgicas com ácido carbólico, obtendo uma dramática redução das complicações pós operatórias. Com tais eventos começou-se a firmar os conceitos de assepsia e antissepsia, com evidentes reduções no aparecimento de complicações infecciosas no pós operatório⁵³.

Com o aparecimento dos agentes antimicrobianos no final dos anos 40, a expectativa dos profissionais médicos era de

53- LA FORCE, M.F. The control of infections in hospitals: 1750 to 1950: in Wenzel, R.P. Prevention and control of nosocomial infection. Baltimore, MD, Wilkins and Wilkins, 1987, p641, cap.I, p1-12.

que tais medicamentos iriam propiciar o controle das infecções de um modo definitivo, resolvendo especialmente os problemas atinentes às infecções hospitalares. Contudo já nos anos 50 ocorreu a emergência de cepas de *Staphylococcus* resistentes à penicilina, demonstrando que o problema era muito mais complexo do que se imaginava⁵⁴. Como consequência, em 1958, a Associação Americana de Hospitais recomendou a estruturação nos hospitais americanos de Comissões de Controle das Infecções Hospitalares, o que foi amplamente aceito pela comunidade médica dos Estados Unidos e Canadá.

Barret e Eickhoff, em Boston, conduziram um estudo de prevalência de infecções nosocomiais nos anos de 1964 e 1967, que indicou a permanência de níveis semelhantes das taxas aferidas em ambos os anos estudados, porém com definição de diferenças substanciais na incidência de infecções em pacientes cirúrgicos ou clínicos⁵⁵. Nos anos seguintes, os Centers for Disease Control (C.D.C) de Atlanta conduziram vários estudos piloto acerca da vigilância e controles das infecções hospitalares e propõem em 1970 o "National Nosocomial Infection Study - NNIS" um estudo multicêntrico, cooperativo, com o intuito de avaliar o problema da infecção hospitalar nos Estados Unidos e dimensionar seus custos sociais⁵⁶.

De 1974 a 1983, os mesmos C.D.C, desenvolveram o projeto SENIC ("Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control") cujas propostas básicas eram estimar a magnitude do problema das infecções hospitalares nos Estados Unidos, identificar a profundidade e extensão em que os hospitais americanos adotaram programas de vigilância e avaliar a efetividade dos programas adotados no controle das infecções⁵⁷. Os resultados deste programa foram publicados em 1983 e possibilitaram a conclusão de que programas eficazes podem reduzir significativamente a incidência das infecções hospitalares.

Também como consequência do estudo SENIC, o NNIS propôs o estudo das infecções hospitalares com base nos seus componentes e distribuição em 1986. Tal metodologia permite a concentração de esforços em controles de áreas de maior risco

54- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. Prevention and control of Staphylococcus infections in Hospital, in US Public Health Service - Communicable Disease Center and National Academy of Sciences- National Research Council: Proceedings of the National Conference on Hospital-Acquired Staphylococcal Disease, Atlanta, Ge, C.D.C, September 1958, pXXIII-XXVI.

55- BARRET, F.F., CASEY, J.I., FINLAND, M. Infections and antibiotic use among patients at Boston City Hospital, February, 1967, N Engl J Med 1968; 278: 5-9.

56- GARNER, J.S., BENNET, J.V., SCHECLER, W.E., et al: Surveillance of nosocomial infections, in Centers of Disease Control: Proceedings of the International Conference on Nosocomial Infections, Atlanta, Ge, C.D.C, August, 1970, pp 277-281.

57- HALEY, R.W., QUADE, D. et al : The SENIC project: Study on the efficacy of nosocomial infection control, Am J.Epidemil. 1980, v.111: p 472-485.

e torna possível a comparação dos resultados obtidos pelo programa em diversos hospitais e, dentro do mesmo hospital, a sua comparação em diversos momentos⁵⁸.

Da mesma forma, a evolução da metodologia desenvolvida pelos C.D.C propiciou, nos últimos 8 anos, o aparecimento de controles referidos aos procedimentos cirúrgicos e seus executantes, possibilitando o incremento dos padrões de qualidade de atuação dos cirurgiões com estudos comparativos de ocorrências de infecções por sítios cirúrgicos, por especialidade e por cirurgia. Tais esforços estão sendo aplicados no sentido de estabelecer normas e condutas monitoráveis e padronizações nas indicações de uso de antimicrobianos e procedimentos invasivos de risco⁵⁹.

No Brasil, a história do controle das infecções hospitalares tem início com a criação da comissão de controle de infecções no Hospital Ernesto Dornelles no Rio Grande do Sul em 1963 e com o esforço de grandes hospitais universitários em S.Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais na década de 70. A primeira legislação especificamente dedicada ao problema foi a Portaria 196 do Ministério da Saúde de 1983⁶⁰.

Há duas fases distintas na evolução do nosso modelo de gerenciamento do controle de infecções hospitalares: a primeira, até a publicação da referida portaria, é caracterizada pelo controle espontâneo e informal do processo pelos hospitais, predominando o trabalho dos hospitais universitários e a utilização de métodos passivos de coleta de dados. A segunda, com a obrigatoriedade da constituição das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares e definições de normas de funcionamento das mesmas é caracterizada pela participação estatal no controle das CCIHs e pelo desenvolvimento da habilidade de formação de recursos humanos especificamente destinados a este fim⁶¹.

Com a morte do presidente eleito Tancredo Neves, em 1985, relacionada a uma infecção hospitalar, pela repercussão social e espaço de "mídia" que obteve, a população brasileira ficou sensibilizada para o problema. Nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90 o desenvolvimento de novos critérios

58- CDC- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Nosocomial infection surveillance, 1984, in C.D.C Surveillance Summaries. Atlanta, GE, C.D.C, 1986: v.35(No.ISS): p.17SS-29SS.

59- HALEY, R.W., CULVER, D.H., et al : Identifying patients at risk of surgical wound contamination. Am J Epidemiol 1985; v.118: p.206-307.

60- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 196 de 24 de junho de 1983. Estabelece definições e formas de atuação das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares, Brasília, Diário Oficial da União de 25 de junho de 1983.

61- GONTIJO, O.M.J. Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em B.Horizonte. Proposta para incremento da resolutividade. Belo Horizonte, M.G, 1991. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

de gerenciamento das CCIHs introduziu um aspecto de profissionalização progressiva dos agentes de saúde envolvidos com o problema. Como consequência, a fase em curso nos anos 90 implica na instalação de Serviços de Controle de Infecções por exigência legal⁶², com profissionais contratados e habilitados na prática da vigilância epidemiológica e sanitária, com busca ativa de dados e caracterizada pela tentativa de adaptação da metodologia NNIS para os hospitais brasileiros⁶³.

De todo modo, apesar das tentativas de instituições oficiais responsáveis pelo modelo implantado e do número de sociedades médicas vinculadas ao tema nos últimos anos, falta ainda um estudo comparativo e consolidado do quadro real das infecções hospitalares nos hospitais brasileiros. A questão do uso dos indicadores de infecções hospitalares, e do sistema montado para sua vigilância como instrumento de apuração da qualidade dos serviços médicos, tem recebido crescente ocupação de espaço de "mídia". Está se tornando consenso no meio social a visão de que não se pode admitir a possibilidade de ocorrência deste tipo de problema iatrogênico a um determinado paciente, cuja internação foi motivada por outra causa. O esforço institucional no sentido de se minimizarem os riscos, durante o período de internação constitui-se de per si uma forma de avaliar as preocupações a respeito da qualidade da assistência médico-hospitalar.

62- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 930, de 27 de agosto de 1992. Estabelece critérios de formação e exigências legais na constituição das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares. Brasília, Diário Oficial da União de 28 Ago. 1992.

63- STARLING, C.E.F, PINTO, C.A.G, COUTO, B.R.G.M. Sistema de vigilância de infecções hospitalares por componentes. Metodologia NNIS aplicada a hospitais brasileiros. 2.edição, Belo Horizonte, M.G, Pineiro SMC (ed), 1992.

5.7. Uso de Indicadores de Risco em Unidades de Terapia Intensiva.

A história das instalações das Unidades de Cuidados Intensivos, tal qual as conhecemos hoje, remonta ao final dos anos 40 e início dos anos 50. É entremeada de avanços tecnológicos significativos que possibilitaram a prevenção de certas circunstâncias associadas a alta letalidade e à extensão do tempo de vida dos pacientes críticos.

Pelo menos 3 fases distintas de evolução podem ser identificadas, que resultaram no estabelecimento de técnicas terapêuticas atualmente utilizadas nas unidades de cuidados intensivos. A primeira fase foi a instalação das salas de recuperação pós cirúrgica no final da década de 40 como consequência dos progressos no campo da anestesiologia e da cirurgia geral. Com estas salas, os anestesistas da época passaram a poder prestar um serviço complementar de maior qualidade no suporte dos seus pacientes. Em decorrência disto, complicações antes frequentes no pós operatório imediato puderam receber melhores condições de tratamento e resolução⁶⁴.

A segunda fase foi o desenvolvimento de estruturas e equipamentos que possibilitaram o suporte ventilatório dos pacientes acometidos por falência do sistema respiratório. A epidemia de poliomielite do final dos anos 40 nos Estados Unidos levou à morte um grande contingente de pacientes jovens e crianças em consequência da insuficiência respiratória por paralisia diafragmática; e nessa época começou a se desenvolver a ventilação mecânica. Inicialmente com o uso de pressão negativa intermitente e posteriormente com o uso de pressão positiva, ventiladores foram sendo desenvolvidos e abriram a possibilidade de manutenção da vida de pacientes com quadros respiratórios graves. As etiologias associadas à falência respiratória incluíam pacientes neurológicos, pós operados e com quadros infecciosos pulmonares. A distribuição destes em ambientes especialmente preparados para este fim deram origem às chamadas unidades de cuidados respiratórios críticos onde o pessoal treinado e equipamentos se concentravam.

Por último, o desenvolvimento de sistemas de monitoramento eletrocardiográfico contínuo e a cardio desfibrilação por descarga elétrica contínua possibilitaram o terceiro grande desenvolvimento no caminho das estruturas de cuidados intensivos. O uso de monitoração cardíaca contínua nos

64- WEIL, M.H., VON PLANTA, M, RACKOW, E.C. Critical care Medicine: Introduction and historical perspective. In: Shoemaker WC, Textbook of critical care. Philadelphia, Penn, WB Saunders, 1989: p.1-4.

pacientes com infarto agudo do miocárdio permitiu a detecção precoce das complicações arrítmicas e o uso da desfibrilação ou da infusão contínua de lidocaína endovenosa possibilitaram a recuperação de pacientes que antes evoluiriam para óbito. Tais recursos possibilitaram a criação das chamadas unidades coronarianas com concentração de pacientes com afecções cardíacas.

Paulatinamente, foi se estabelecendo a relação conceitual de que boa qualidade de assistência médica e unidades de cuidados intensivos caminhavam juntos, apesar de não haver até os anos 60 qualquer estudo controle que confirmasse esta hipótese. Nesta época, especialmente em hospitais universitários, aconteceu um rápido desenvolvimento de técnicas e conceitos vinculados ao tratamento dos pacientes críticos tais como as medidas de débito cardíaco com técnicas invasivas, a instalação da hemodiálise, o início da técnica de nutrição parenteral e a bomba balão intra-aórtico⁶⁵. Tais conceitos eram consequentes aos resultados obtidos em termos de sobrevivência dos pacientes que puderam ter acesso a essas inovações terapêuticas.

Nos anos 80 admitiu-se que dois tipos de pacientes podem se beneficiar da qualidade de serviços prestados em unidades de terapia intensiva. O primeiro é o paciente submetido a severas alterações das condições fisiológicas, como por exemplo aqueles submetidos a cirurgias de grande porte. O segundo tipo é aquele que necessita de suporte específico para sobreviver a episódios de agudização de uma doença prévia. O exemplo neste grupo é o do paciente asmático com distúrbios do equilíbrio ácido-básico refratário a broncodilatadores, que necessita de suporte ventilatório para superar a fase crítica.

O crescimento acelerado dos cuidados intensivos a partir do desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias propiciou um remodelamento global dos cuidados médicos nas instituições hospitalares. Em certa medida, a revolução presente nos modelos de administração das unidades de cuidados intensivos se apoiou na cultura administrativa que permeava o meio social circundante. Neste contexto, a tônica a partir da segunda metade da década de 80 e início dos anos 90 passou a ser o estabelecimento de políticas concretas de definição e incremento da qualidade de serviços nestas unidades, bem como a introdução de métodos e conceitos que permitissem o controle e avaliação do risco e dos possíveis resultados deste tipo de trabalho⁶⁶.

65- HOYT, J.W., LEISIFER, D.J., RAFKIN, H.S., Critical Care Units. In Wenzell, R.E. Assessing Quality Health Care: Perspectives for clinicians, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1992, cap.15 p.268-296.

66- CALLAHAN, D. Hopes, vain hopes: The Pursuit of efficiency. In: Callahan D. What Kind of life. New York, NY, Simon & Schuster, 1990: p.69-102.

Três modelos de unidades de cuidados intensivos podem ser observados nos hospitais americanos com características distintas. No primeiro deles, a estrutura de administração e coordenação está centrada na presença de um diretor médico com poder e conhecimentos suficientes para estabelecer normas e rotinas relativas aos procedimentos padronizadas e seguidas por todo o corpo clínico. A implantação e execução de programas de gerenciamento de risco e promoção da qualidade de serviços nestas unidades são relativamente fáceis, pois os resultados obtidos implicam em responsabilidades coordenadas pelo diretor da unidade.

Um outro modelo, diametralmente oposto, é o da execução dos procedimentos por prescrição e orientação do médico titular do caso, não havendo condições para a padronização e regulamentação de rotinas. Tais unidades são mais difíceis de serem trabalhadas do ponto de vista de qualidade e segurança, visto que a presença de pessoal médico vinculado organizacionalmente a uma diretoria responsável pelos serviços prestados contrapõe-se a execução de prescrições oriundas dos profissionais responsáveis pelos casos.

Um terceiro modelo está presente em instituições intermediárias, em que os pacientes continuam sob responsabilidade de seu médico titular, porém as medidas de tratamento adotadas durante a internação dos pacientes nas UTIs são de responsabilidade do staff interno.

No primeiro e terceiro modelos, a presença de diretores fortes permite a implantação de sistemas de garantia da qualidade mais efetivos que no segundo⁶⁷. Pode-se dizer que grupo de enfermagem é um elemento fundamental na produção de cuidados de saúde adequados aos pacientes críticos. Com a evolução constatada no modelo de atendimento, cada vez com maior importância, o papel dos cuidados de enfermagem na assistência vem se vinculando de maneira positiva aos padrões de qualidade aceitáveis para UTIs⁶⁸.

Os programas de garantia da qualidade considerados de melhor performance nas UTIs americanas são aqueles em que o trabalho de assistência permite a participação das equipes médicas e de enfermagem em trabalho conjunto. A filosofia de trabalho multidisciplinar nesta área de atuação deve ser estimulada e os esforços de eliminação dos conflitos interprofissionais valorizados. Os protocolos de gerenciamento de risco, nas várias metodologias desenvolvidas contemplam os

67- SMELTZER, C. Evaluating a successful quality assurance program: The process. J.Nurs Qual Assur 1988; v.2(4): p.1-10.

68- FINLEY-COTTONE, D, LINK, M.K. Quality assurance in critical care. Critical Care Nurse 1985; v.5(2), p.46-49.

papéis das equipes médicas e de enfermeiros especializados em unidades de cuidados intensivos⁶⁹.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, em 1988, estabeleceu o perfil de procedimentos necessários à definição de modelos de gerenciamento de processos de qualidade através de dez passos essenciais⁷⁰. São eles:

- 1) Atribuição de responsabilidade.
- 2) Delineamento do alcance dos cuidados.
- 3) Identificação dos aspectos mais importantes.
- 4) Identificação dos indicadores de qualidade.
- 5) Estabelecimento dos limites de avaliação.
- 6) Coleta e organização de dados.
- 7) Avaliação dos cuidados prestados.
- 8) Medidas de solução de problemas.
- 9) Acompanhamento e documentação dos progressos.
- 10) Comunicação das informações relevantes ao programa geral de garantia da qualidade da organização.

Segundo a mesma publicação, a responsabilidade pela garantia da qualidade em UTIs deve ser do seu diretor médico; porém, com a evolução dos serviços de enfermagem nesta área, tal responsabilidade deve ser compartilhada com o diretor de enfermagem. A definição do alcance dos cuidados tem a ver com o perfil de pacientes a serem atendidos, suas características bio-psico-sociais, suas origens de referência terapêutica e seus prognósticos. Na definição de aspectos importantes dos cuidados devem ser estudados os tipos e circunstâncias dos procedimentos adotados, especialmente os de caráter invasivo, como por exemplo a instalação de catéteres centrais, uso de ventilação e perfil de drogas a serem utilizadas. A seleção de indicadores de mensuração do perfil de qualidade devem incluir fatores que permitam a identificação de não conformidade na assistência, como por exemplo mau funcionamento de equipamentos, reações medicamentosas adversas, traumas e iatrogenias, presença de infecção adquirida na UTI, falha em notificar o médico de anormalidades observadas em parâmetros monitorados, transferências não planejadas para as unidades de tratamento intensivo, permanências dos pacientes por tempo maior que 5 dias e uso de ventilação por mais de 10 dias, além de outros mais específicos⁷¹.

69- BEYERMAN, K. Developing a unit-based nursing quality assurance program: From concept to practice. J Nurs Qual assur 1987, v. 2(1), p.1-11.

70- JCAHO- JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Examples of monitoring and evaluation in special care units. In: Special care unit monitoring and evaluating in perspective, Chicago; JCAHO, 1988, p.18-22.

71- PATTERSON, C.H. Perceptions and misconceptions regarding the Joint Commission's view of quality monitoring. Am J Infec Control 1989, v.17, p.231-243.

O processo de garantia da qualidade em UTIs sofreu considerável influência dos avanços terapêuticos e tecnológicos que se tornaram disponíveis a partir dos últimos 10 anos. Pode-se observar que a discussão das questões relacionadas à diagnóstico, prognóstico e custo do tratamento passaram a exercer forte influência nos critérios de admissão dos pacientes a estas unidades. Existem 3 importantes questões envolvidas com a qualidade da assistência a pacientes críticos:

1) Como avaliar a qualidade do atendimento a pacientes com problemas de complexidade fisiopatológica que justifique sua internação em UTI?.

2) Que modelo de organização de UTIs aumenta o potencial de fornecimento de cuidados de boa qualidade aos pacientes?.

3) Qual o impacto da prática médica usualmente disponível em UTI na promoção da qualidade de saúde de maneira geral?

Muitos métodos de avaliação da qualidade em UTIs foram desenvolvidos tendo-se em vista estas questões, de forma que a eficácia de terapêuticas específicas pode, hoje, ser controlada, as taxas de complicações iatrogênicas monitoradas e as avaliações de risco dos pacientes internados seguidas e comparadas a UTIs de padrão semelhante. A questão de que benefícios as unidades estão possibilitando à instituição como um todo, porém, implica numa nova forma de gerenciamento do processo de qualidade médica⁷². Métodos de avaliação dos resultados obtidos incluem a mensuração das taxas de sobrevivência dos pacientes, as percentagens de altas das UTIs, assim como a média de permanência e as admissões não justificadas.

Contudo a mensuração destas taxas esbarra no alto grau de complexidade e diversidade das enfermidades dos pacientes que são admitidos em UTIs. Para procurar estabelecer padrões de comparação entre os vários pacientes e suas variáveis desenvolveram-se sistemas que possibilitaram, a partir de escores de funções orgânicas e resultados de exames laboratoriais, classificar os pacientes segundo o seu risco e gravidade⁷³. Existem vários sistemas disponíveis, porém os de maior utilização são o APACHE (Acute Physiology And Chronic Health System), o MPM (Mortality Prediction Model) e o TISS (Therapeutic Intervention Scoring System).

72- FEIN, I.A., STROSBERF, M.A. Managing the critical care unit. Rockville, MD, Aspen, 1987.

73- LONGO, D - Application of Severity Measurement Systems for Hospital Quality Management. Hospital & Health Services Administration v.35;2, Summer 1990.

O APACHE foi desenvolvido em 1981 por especialistas da Universidade George Washington e a partir de 1985 tornou-se disponível o APACHE II, cuja abrangência metodológica possibilitou sua utilização em larga escala nos Estados Unidos⁷⁴. É baseado em três componentes: diagnóstico (incluindo-se neste o estado cirúrgico do paciente), transtornos fisiológicos agudos e doença crônica préexistente. Os parâmetros avaliados⁷⁵ pelo método estão listados no anexo I.

O M.P.M. estabelece o risco de mortalidade baseado em dados coletados na admissão do paciente. É caracterizado de maneira inequívoca pela sua independência em relação às medidas terapêuticas adotada. Executa-se ainda, através deste modelo a reavaliação dos índices obtidos com 24 e 48 horas de internação de forma que a classificação de risco à internação pode ser modificada em função das alterações clínicas observadas. A probabilidade de óbito para um determinado paciente é calculada através de um modelo de regressão linear múltipla e pode variar entre 0 e 1, após a obtenção dos scores nas três tomadas⁷⁶. Os pacientes são estratificados em grupos de taxas e os resultados obtidos são comparados aos dados de outras unidades ou de literatura quanto a resultados de altas e óbitos.

Em 1974, Cullen estabeleceu o TISS (Therapeutic Intervention Scoring Systems), composto por parâmetros de monitoração e intervenção terapêuticas que refletem a complexidade da terapia requerida pelo paciente. É baseado na premissa que, independentemente do diagnóstico estabelecido, o uso de técnicas terapêuticas invasivas ou monitoração de determinados parâmetros implicam numa maior gravidade dos casos internados. Existem 4 modalidades de parâmetros com pesos que variam de 1 a 4 dependendo da intensidade e da complexidade da intervenção. Os pontos são totalizados e um score-TISS a cada 24 horas pode ser obtido permitindo a definição evolutiva dos casos. O uso do modelo não implica numa definição de prognóstico, porém mudanças na evolução do score nos 3 primeiros dias de internação podem permitir boas correlações com a sobrevivência ou não. A grande vantagem deste sistema é a possibilidade de sua utilização conjunta com o APACHE II para identificar o risco e estabelecer prognóstico dos pacientes admitidos, possibilitando assim a sua utilização como instrumentos de mensuração do perfil da

74- KNAUS, W.A., DRAPER, E.A., WAGNER, D.P., ZIMMERMAN, J.E.. APACHE II : A severity of disease classification system. Crit Care Med 1985, v.13, p.818-829.

75- RAFKIN, H.S. Assessing the critically ill patient for admission to the intensive care unit. In Hoyt JW, Tonneson AS, Alle SJ. Critical Care practice. Philadelphia: WB Saunders, 1991, p.19.

76- TERES, S., LEMESHOW, S, HARRIS, D., KLAR, J. Mortality prediction Models for ICU patients. In Farmer JC, Problems in critical care. Philadelphia: JB Lippincot, 1989: p.585-598.

qualidade dos serviços prestados pelas Unidades de Terapia Intensivas⁷⁷. O modelo de parâmetros analisados pelo método estão listados⁷⁸ nos anexos I e II. O comportamento do escore obtido pode ser estudado evolutivamente, de forma que quando o resultado obtido cresce de 0 a 100, a probabilidade de óbito decresce, de 100 a 280 permanece constante, e acima de 280 volta a crescer, independentemente das intervenções terapêuticas adotadas.

Em nosso meio a primeira UTI a utilizar-se da metodologia APACHE II em conjunto com o TISS foi a unidade estudada nesta monografia, tendo se desenvolvido software específico para coleta e análise de dados relativos a prognósticos dos pacientes internados⁷⁹.

-
- 77- SCHEFFLER, R.M., KNAUS, W.A., et all . Severity of illness and the relationship between intensive care and survival. Am J Public Health, 1982;v. 72(5): p.449-454.
- 78- CULLEN, D.J., NEONESKEL, A.R., Therapeutic Intervention scoring systems (TISS). In: Farmer JC, Problems in critical care, Philadelphia; JB Lippincot, 1989;p. 545-562.
- 79- LIVIANU, J., BRANDT, R.A., KNOBEL, E., et all, Computerized Tool for Quality assurance in the Intensive Care Unit. Presented in the 8th World Congress on Intensive and critical care medicine, Madri, 1993.

5.8 -Qualidade em serviços de Enfermagem.

A atividade de prestação dos cuidados de saúde no ambiente hospitalar é diretamente apoiada no exercício da enfermagem. Somente em anos recentes a preocupação com a qualidade dos procedimentos executados passou a estar presente junto aos administradores dos serviços desta área⁸⁰.

Wandelt⁸¹ e colaboradores estudaram 3500 enfermeiras do Texas, que deixaram sua profissão. O estudo concluiu que os profissionais de enfermagem consideram fundamentais ao exercício de suas atividades os seguintes aspectos:

- 1) Maior autonomia profissional;
- 2) respeito pelos seus julgamentos acerca das condições dos pacientes;
- 3) consideração dos seus pontos de vistas na definição dos padrões de qualidade de serviços;
- 4) investimento institucional na educação continuada e avançada;
- 5) participação nas decisões de política institucional;
- 6) eliminação dos trabalhos não diretamente vinculados a enfermagem;
- 7) status, respeito e compensação financeiras comparáveis às outras profissões de saúde.

Hinshaw⁸² e seu grupo concluíram que entre os fatores que contribuíram positivamente para a permanência dos profissionais na atividade prática estava o conhecimento da cultura de trabalho da instituição, de tal forma que os elementos vinculados ao perfil socio-cultural assumiam importância até maior que os benefícios sociais disponíveis. Weissmann⁸³ sugere que para implantarem-se processos de garantia de qualidade em enfermagem em hospitais, torna-se necessário buscar através de pesquisa como são vistos os serviços, tanto pelos seus usuários quanto pelos profissionais que prestam serviços. Kramer identificou uma tendência existente entre os profissionais de enfermagem dos USA, de abandonarem o exercício profissional em virtude de se sentirem insatisfeitos com os padrões de qualidade dos serviços onde atuavam⁸⁴.

A American Nurse's Association (ANA) define garantia de qualidade como a soma de todas as atividades que propiciem

80- CLEARLY, P.D., McNEIL, B.J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry. 1988, n.25, p25-36..

81- WANDELT, M.A., PIERCE, P.M., WIDDOWSON, R.R. "Why Nurses Leave Nursing and What can be Done About It". American journal of Nursing v.81,n1, 1981, p 72-77.

82- HINSHAW, A.S., SMELTZER, C.H., ATWOOD, J.R. "Innovative Retention Strategies for Nursing Staff". Journal of Nursing Administration, v. 17 n.6., 1987: p 8-16.

83- WEISMAN, E., KOCK, N. "Special Patient Satisfaction". Journal of Public Health Medicine, v.14, n.3, 1992: p.236-49

84- KRAMER, M. Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing. St.Louis, Mo, Mosby, 1974

aos pacientes as possibilidades de receberem assistência de enfermagem na melhor forma operacional e funcional. Seu foco principal de atuação se centra na solução de problemas e na identificação de indicadores que possibilitem a mensuração do perfil de qualidade dos serviços⁸⁵.

De acordo com a Joint Comission, o processo de garantia de qualidade em enfermagem deve ser caracterizado pela busca sistemática e objetiva de avaliação e monitoramento da prestação dos cuidados apropriados aos pacientes, com a intenção de identificação de oportunidades de melhoria do seu estado de saúde e promoção do seu bem-estar, sem dispendar para isto recursos em excesso ou insuficientes⁸⁶. O mesmo relatório propõe ainda uma lista das oito características essenciais à avaliação e monitoração das atividades:

- 1) A definição de quanto as atividades são planejadas, sistematizadas e em que nível estão implantadas;
- 2) o quanto são compreensíveis ao pessoal operacional e abrangentes;
- 3) o quanto utilizam indicadores e objetivos desenvolvidos de comum acordo com os departamentos e serviços, e qual sua aceitação pela organização;
- 4) o quanto são acompanhadas por rotina de coleta de dados relacionados aos indicadores e qual a periodicidade de comparação destes com os objetivos departamentais estabelecidos;
- 5) o quanto incluem avaliações de aspectos importantes dos cuidados prestados quando da definição das metas a alcançar;
- 6) o quanto resulta em ações apropriadas para resolver problemas ou para identificar oportunidades de promoção dos cuidados aos pacientes;
- 7) o quanto apresentam a característica da continuidade do esforço em garantir melhor atendimento e elevação da performance;
- 8) o quanto estão integradas a outros esforços e serviços da organização, de forma apropriada e relacionada ao mecanismo de produção de informações.

Na implantação de estruturas que possibilitem o incremento dos padrões qualitativos na produção de serviços em enfermagem uma das questões centrais se refere ao caráter punitivo em que tradicionalmente as relações de trabalho entre estes grupos profissionais e as organizações estiveram

85- ANA- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Nursing Quality Assurance Management/Learning Systems. St.Louis, American Nurses'Association and California Suterland Learning Associates,1982.

86- JACHO- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. "Improving Organizational Perfomance". In Accreditation Manual for Hospitals 1994. Oakbrook Terrace, Ill. Jiont Comission, 1993.

baseadas. Para implantar mecanismos através do quais as notificações de ocorrências adversas, acidentes e eventos inesperados, sejam espontâneas é essencial a mudança deste traço da cultura das organizações⁸⁷. Em organizações que não conseguiram realizar esta mudança o sistema de garantia da qualidade prescinde de informações fidedignas, visto que a ocorrência de subnotificações é frequente.

As formas mais frequentemente descritas na literatura estudada de abordagem das questões relativas à qualidade dos serviços de enfermagem se referem basicamente aos aspectos processuais na prestação do serviço e no gerenciamento da assistência aos pacientes com riscos específicos⁸⁸. Como consequência a maioria dos estudos destes aspectos se vinculam às questões relacionadas a ocorrência de eventos não esperados, como por exemplo a frequência de lesões corporais decorrentes de imperícia no procedimento de enfermagem, quedas de pacientes graves e erros na execução das prescrições medicamentosas^{89, 90}.

Brennan, em outro artigo, descreve as características associadas aos eventos adversos que ocorrem nas organizações hospitalares introduzindo conceitos relacionados à estrutura da organização nos aspectos físicos, de disponibilidade de equipamentos, tecnologias, insumos de uso corrente e às questões da política de recursos humanos como importantes condicionadores do perfil da qualidade de serviços⁹¹.

Os modelos de gerenciamento de risco foram desenvolvidos procurando identificar quais as condições locais presentes em cada organização, quais os perfís profissionais e de pacientes ocupariam os ambientes de atuação e que condições de financiamento para os modelos estariam disponíveis. Desta forma a literatura consultada explicita modelos e indicadores que têm em vista as realidades particulares de cada instituição. Podem ser identificados alguns indicadores de espectro mais abrangente como por exemplo a notificação de ocorrência adversa ao paciente por infusão de medicamentos errados, por acidentes e quedas a pacientes neurológicos ou de risco para este fator, e a não observação de eventos

87- FRANCIS, G. Nurse's medication "errors": a new perspective, Supervisors Nurse, 1980 v.11(8):p.11-13.

88- MASSANARI, R.M. Controlling the risk of adverses events. In WENZELL, R.E. Assessing Quality Health Care: Perspectives for clinicians, Baltimore,MD, Willians & Wilkins, 1992, cap.11 p.193-208.

89- BRENNAN, T.A., LEAPE, L.L., LAIRD, N.M. Incidence of adverse events and negligent care in hospitalized patients: Medical Praticice study 1. The New England Journal of Medicine, 1991. v.324: p.370-376.

90- TONGES, M.C. "Works Designs in Sociotechnical Systems for Patient Care Delivery". Nursing Management1992, v.23, n9 , p50-51.

91- BRENNAN, T.A., LEAP, L.L. et all. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. Journal of American Medical Association, 1991. v.265: p.3265-3269.

previsíveis em determinadas circunstâncias patológicas cuja competência de registro seria do corpo de enfermagem⁹².

Katz e Green propõem um sistema de monitoramento e avaliação dos serviços de enfermagem cujo gerenciamento inclui o desenho de um sistema de valores para a qualidade, um programa de avaliação do processo e de promoção dos serviços do qual fazem parte critérios de redifinição cultural do espaço profissional ocupado pelo enfermeiro, além de medidas práticas na identificação de que indicadores seriam os mais adequadamente controláveis em cada hospital⁹³. À semelhança do modelo proposto por Tom Peters, o sistema especifica seis estágios para o desenvolvimento de processo de garantia da qualidade em serviços de enfermagem como se seguem:

- Estágio 1 - configuração ou conformação da qualidade;
- Estágio 2 - à quem se prestará o serviço;
- Estágio 3 - a percepção do paciente sobre o serviço é soberana;
- Estágio 4 - tudo pelo consumidor;
- Estágio 5 - formação de equipes com participação dos consumidores;
- Estágio 6- sem barreira nem fronteiras.

O estágio 1 envolve colocar a variação processual dos serviços prestados sob controle, isto é procura definir qualidade segundo a visão interna do conhecimento dos processos e fluxos. O estágio 2 procura incorporar as informações obtidas junto aos pacientes acerca dos mesmos processos e fluxos. O estágio 3 focaliza a percepção que o paciente detém sobre o nível da qualidade dos serviços ou sua ausência. O estágio 4 procura colocar todas as áreas funcionais ou administrativas do hospital direcionadas para atender as expectativas dos clientes/pacientes. O estágio 5 procura envolver o cliente na formulação dos projetos específicos e processos de promoção da qualidade, envolvendo questões da configuração do sistema, melhoria dos fluxos, melhoria dos sistemas de custeio e desenho dos padrões de serviços e produtos. O estágio 6, por fim, procura eliminar as barreiras existentes entre a organização hospitalar e seus possíveis usuários⁹⁴.

92- TREECE, E., TREECE, J. : Elements of research in nursing. ed.3, St.Louis,Mo, The CV Mosby Co,1982

93- KATZ, J., GREEN, E. A guide to Monitoring and Evaluating Nursing Services, St.Louis,Mo, The Mosby-Year Book Inc,1992.

94- PETERS, T. The quality progression : getting beyond the obvious,New York, NY, Enterprise on Line , 1991.

5.9 - A mensuração da satisfação do cliente em organizações de saúde.

Uma das questões mais importantes associadas ao processo de mensuração do nível de satisfação dos paciente em instituições hospitalares é a justificativa para os administradores se preocuparem com este aspecto. A tradição cultural existente em relação a esta faceta no meio de saúde tende a excluir as opiniões e a participação do cliente do processo de definição da qualidade da assistência. Podem ser relacionadas uma série de razões de considerável valor para os administradores que justificam a elaboração de processos para auscultar o cliente do hospital, desde questões do marketing institucional até o gerenciamento do risco das internações, do estabelecimento de padrões de assistência ao questionamento jurídico por má-prática⁹⁵. Os aspectos envolvidos no custo da assistência e sua adequação social e individual muitas vezes exigem dos administradores o conhecimento de que nível de expectativa seus clientes, quer sejam pacientes ou clientes internos, podem estar desenvolvendo. Para isto, o levantamento de informações através de pesquisas pode se transformar em um dos poucos instrumentos válidos⁹⁶.

Whiteley estabelece o padrão de que o elemento hábil em fornecer informações acerca de que parâmetros devem ser avaliados é o próprio cliente/paciente. Para que isto ocorra o papel central do administrador deve ser o de identificar claramente quem são seus clientes e aprender a ouvi-los. Lista ainda uma série de perguntas abordando características, forma, importância relativa, desempenho esperado de serviços e equacionamento de procedimentos e fluxos que podem contribuir na identificação da visão que os clientes apresentam acerca da organização⁹⁷. A identificação dos fatores envolvidos na relação entre a organização, em todos os seus aspectos, e seus pacientes, não pode excluir caracteres pessoais de comportamento, culturais e socio-econômicos da população usuária⁹⁸.

As abordagens dos sistemas de pesquisas de satisfação dos clientes dentro das organizações hospitalares utilizam, geralmente, programas de mensuração quantitativa das questões

95- STRASSER, S., DAVIS, R.M. Measuring Patient Satisfaction for Improved Patient Services. Management Series. American College of Healthcare Executives. Ann Harbor, Mi, Health Administration Press, 1991.

96- HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT (HFMA). The Hospital Industry Performance Report. William O.Cleverly, project director. Columbus, OH: Ohio State University, Division of Hospital and Health Services Administration, 1989.

97- WHITELEY, R.C. A empresa totalmente voltada para o cliente. 6.ed. , Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1992, .

98- SCHNEIDER, D.J., HASTROF, A.H., ELLSWORTH, P.C. Person Percepçion, 2nd ed., Reading, MA: Addison-Wesley Publishing, 1979.

envolvidas e programas de avaliação qualitativa das eventuais queixas e intercorrências. A metodologia quantitativa é definida a partir da mensuração dos estímulos, julgamentos de valor e reações que os pacientes desenvolvem à partir de sua experiência de tratamento e/ou internação e incluem escalas de avaliação que permitem que as respostas sejam classificadas segundo critérios de altamente insatisfatório, insatisfatório, indiferente, satisfatório e altamente satisfatório. A metodologia qualitativa pressupõe a obtenção de informações através de entrevistas, cartas e relatórios relacionados aos aspectos subjetivos do atendimento, e constitui ferramenta valiosa na promoção da qualidade da atenção⁹⁹.

A forma como os pacientes percebem as organizações hospitalares tem muito a ver com as suas inserções sociais e psicológicas e na proposição de avaliações qualitativas de serviços de saúde comumente são abordados aspectos da prestação de atendimento relacionados à confiabilidade dos processos, à cortesia no atendimento, a receptividade e prontidão com que são tratados os problemas e às questões de ambiente físico que se relacionem ao conforto dos usuários. Como consequência a grande maioria das avaliações utilizadas por instituições hospitalares aborda as formas de recepção e admissão disponíveis, a qualidade de higiene e conforto dos quartos, a comida, os cuidados médicos e de enfermagem, os tempos de resposta aos chamados e de realização de exames, a velocidade de preparo das altas hospitalares e as questões que envolvem pagamento de contas e despesas¹⁰⁰. Contudo, as iniciativas de implantação de modelos de avaliação dos graus de satisfação e insatisfação da população usuária com os serviços prestados pelas organizações de assistência à saúde têm constituído tentativas válidas de definição dos padrões da qualidade e melhoria de rotinas e processos administrativos¹⁰¹.

99- STRASSER, S. The patient Satisfaction Measurement System. Columbus, OH: Ohio State University, College of Medicine and University Hospitals, 1988.

100- ROSSELI, V.R., MOSS, J.M., LUECKE, R.W. Improved Customers Service Boosts Bottom Line. Healthcar Financial Management, December 1989, p.21-28.

101- LARSON, K. Hospital Trustees Lead Quality Efforts. Quality Progress, April 1990, p31-34.

5.10- Os Círculos de Contrôlo de Qualidade.

A discussão ocorrida no Japão do pós guerra, no sentido do desenvolvimento de uma consciência nacional para a qualidade, trouxe em seu bojo uma série de propostas de renovação dos mecanismos de controle da qualidade dos produtos e serviços. Uma das técnicas oriundas desta fase de desenvolvimento foi a dos círculos de controle de qualidade, cujo substrato principal é o da participação voluntária de grupos de empregados de áreas de trabalho comuns, no diagnóstico, estudo e aperfeiçoamento das situações operacionais¹⁰². Aplicados inicialmente na produção industrial, os círculos, com o evoluir da cultura para a qualidade no mundo ocidental, mostraram-se instrumentos úteis também no trabalho com qualidade das instituições de serviços e caracterizam-se por ser basicamente um movimento de recursos humanos, que demanda a participação e o envolvimento dos atores envolvidos com a base operacional da empresa, procurando integrar e liberar seu potencial criativo.

Entre os seus objetivos pode se observar a busca do desenvolvimento da consciência para a qualidade e a sua busca permanente no ambiente das organizações. Portanto, sua aplicação somente se justifica em empresas dispostas a promoverem mudanças no seu perfil cultural, tendo a administração em vista que o esforço de trabalho e seus resultados irão demandar longo tempo de maturação¹⁰³. Dentro deste objetivo também é necessário o envolvimento da alta administração/gerência da empresa que se propõe a trabalhar com CCQ. Sem a adesão deste segmento as chances de sucesso do processo de qualidade desencadeado pelos círculos são bastante inferiores ao seu potencial¹⁰⁴. Os CCQs implicam também em objetivos específicos vinculados à empresa, ao próprio círculo e à cada participantes. Estes incluem aspectos vinculados à produtividade e qualidade dos produtos e serviços, ao desenvolvimento e valorização dos círculos e ao crescimento pessoal dos participantes.

O esforço de treinamento dos circunistas, como também a criação de condições favoráveis ao seu trabalho devem demandar da estrutura empresarial movimentos e atitudes claras e assertivas no sentido de eliminar os traços culturais que se opõem ao seu crescimento. O programa de CCQ a ser instalado não pode prescindir dos atributos de simplicidade, abrangência e flexibilidade, sem os quais os

¹⁰² - ISHIKAWA, K. "TOC-Total Quality Control" Estratégia e Administração da Qualidade. São Paulo. IM&C International Sistemas Educativos Ltda. 1986.

¹⁰³ - ABREU, R.C.L.. CCQ, Círculos de Controle da Qualidade: Integração - Trabalho-Homem - Qualidade Total. 2.Ed.- rio de janeiro, Qualitymark Ed. 1991

¹⁰⁴ - BARROS, C.D.C. Círculos de Controle de Qualidade - São Paulo, Nobel Ed.- 1988.

trabalhos e a participação do corpo funcional certamente poderá esbarrar em dificuldades.

Na área de saúde, os CCQ tem sido utilizados como instrumentos de trabalho tanto em áreas clínicas como em áreas administrativas das organizações prestadoras de serviços. Aqui, como na indústria, a adesão voluntária dos vários atores, bem como a introdução de mecanismos de valorização humana e das formas de comunicação organizacional, têm sido as principais responsáveis pelos exemplos cujos resultados foram os de maior amplitude de penetração. O envolvimento multiprofissional e o estudo dos processos de produção de assistência médico-hospitalar podem se beneficiar grandemente da metodologia e das técnicas dos CCQs¹⁰⁵.

105 - OVRETVEIT, J. Health service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1992.

Os modelos estudados apresentam em suas estruturas características relacionadas aos 3 aspectos ou visões de qualidade de serviços em saúde. O fator relacionado à forma como os prestadores de serviços encaram sua produção estão mais fortemente presente nos modelos do Laboratório Clínico, da Comissão de Controle de Infecções, da Unidade de Terapia Intensiva e na Enfermagem. A visão do usuário predomina no modelo do Serviço de Atendimento ao Cliente. A forma como a administração encara a qualidade está presente tanto nos modelo dos Círculos de Controle de Qualidade como no do Serviço de Atendimento aos Clientes.

A administração tem conseguido utilizar informações oriundas dos vários modelos na implantação de novos processos e rotinas que privilegiem a visão global de qualidade de serviços, apesar da aparente segmentação que esta estrutura apresenta.

6.1. Laboratório de Análises Clínicas.

No hospital em estudo, a qualidade dos procedimentos executados no Laboratório de Análises Clínicas sempre foi preocupação de seus administradores. Desde 1977, amostras controle eram processadas juntamente com a rotina dos exames de forma a que se estabelecesse um "Controle Estatístico de Processo", conhecido na área de saúde como Controle da Qualidade dos Exames. Além disto a participação do Laboratório no Programa de Qualidade Interlaboratorial da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (S.B.P.C.) introduzia outros controles na qualidade dos serviços prestados e sensibilizava a organização para a Qualidade.

Com tais ocorrências, a partir de 1983, começou a ser estruturado o que internamente ficou conhecido como o Sistema de Asseguramento da Qualidade Total (S.A.Q.T) para o laboratório. Tal estruturação teve como movimento fundamental a designação de um elemento de nível técnico, como agente facilitador, cujas atividades estavam exclusivamente direcionadas para a Qualidade. Partindo do diagnóstico da necessidade de mudança da cultura interna da organização do laboratório promoveu-se um amplo programa de treinamento e reciclagem de pessoal tendo em vista aspectos de confiabilidade de processos metrológicos, técnicas de mensuração estatística, custos e produtividade em análises clínicas, qualidade em análises clínicas e manutenção da qualidade dos equipamentos biomédicos.

Paralelamente, a administração do laboratório passou a instituir programas de avaliação de desempenho e recompensas que premiassem os ganhos em qualidade e produtividade. Na verdade o enfoque principal na transformação cultural em questão centrava-se na satisfação dos clientes, quer fossem os pacientes propriamente ditos ou seus médicos, com os resultados apresentados, sem esquecer a satisfação das expectativas dos trabalhadores e técnicos do setor no que toca a crescimento e realização pessoal.

O modelo, ao abordar o processo total de produção de serviços pelo Lab.An.Clínicas classificou as seguintes fases:

Pré-analítica - caracterizada pelo acompanhamento de todas as atividades relacionadas ao recebimento do cliente/paciente, sua manipulação, obtenção de amostras de material a ser analisado, e remessa ao sistemas de processamento de análises propriamente dito. Em relação a esta fase estabeleceram-se rotinas que permitissem detectar quais os padrões adequados no atendimento a estas atividades, quais os problemas encontrados, e qual a forma de melhorar a

visão do usuário do sistema em função de suas necessidades e culturas.

Analítica - consistindo no acompanhamento de todas as atividades relacionadas à execução técnica dos procedimentos propriamente ditos, através de modelo de controle estatístico de eventos. A operação desta fase implica em 3 formas usuais de controle:

1) O controle interno, com comparação dos resultados aos padrões de controle e aferição processual. Tais soros ou reagentes são referenciados a padrões internacionais definidos.

2) O controle externo a nível local, com envio de amostras de material coletado a 5 laboratórios do Município de São Paulo que participam do protocolo da SBPC, para estudo diário dos intervalos de variação dos resultados apresentados. Tal prática permite aos laboratórios participantes tomar conhecimento de variações que estejam ocorrendo em suas metodologias em curto espaço de tempo.

3) O controle externo a nível nacional, através do envio de amostras para controle pelo programa da SBPC.

Além disso, a promoção de controles a nível internacional, com a participação do programa de controle da qualidade patrocinado pela Baxter Corporation imprime ainda um quarto mecanismo de aferição dos instrumentos atualmente disponíveis.

Pós analítica - caracterizada pelo acompanhamento de todas as atividades relacionadas à liberação dos resultados dos exames, sua adequação e tempos, bem como a identificação dos fatores que pudessem interferir com a confiabilidade dos resultados apresentados, incluindo sua apresentação, notas explicativas e interpretação médica.

Para que tal sistema pudesse assegurar a qualidade dos resultados se fez necessário trabalhar mais detalhadamente sobre os seguintes aspectos:

- 1) Recursos Humanos;
- 2) Controle dos equipamentos;
- 3) Controle Estatístico de Processo ou Controle da Qualidade;
- 4) Identificação de ferramentas estatísticas;
- 5) Estabelecimento de Auditorias de Qualidade;
- 6) Métodos de Registros de falhas.

- 1) Administração de Recursos Humanos

A principal mudança observada na administração de R.H do laboratório foi a implementação do conceito de gerenciamento participativo com desenvolvimento de comprometimento e responsabilidades individuais dentro da visão de consecução dos seus macro objetivos. A reestruturação do quadro de pessoal foi conseqüentemente iniciada com a criação de funções de supervisão sobre os pontos críticos, além da adoção de uma política educativa em substituição à punitiva. A ênfase em considerar que os erros estão relacionados ao sistema e não somente aos indivíduos propiciou condições para que se pudesse estabelecer o novo padrão cultural de registro e análise de ocorrências adversas, de verificação e checagem dos resultados incongruentes, bem como o estudo do processo de produção dos serviços de maneira geral.

2) Controle dos equipamentos.

O instrumental e os equipamentos de uso em um laboratório clínico são considerados elementos críticos para o mesmo, pois os eventos não desejáveis implicam em prejuízos imediatos no processamento dos exames. Para que a eficiência dos equipamentos pudesse ser acompanhada, com a conseqüente garantia de padrões adequados de funcionamento, foram implantadas rotinas embasadas no T.P.M (Total Productive Maintenance) procurando envolver cada operador no processo de manutenção geral de cada equipamento. Desta forma, todos os técnicos receberam instrução e treinamento formais quanto aos princípios de funcionamento, técnicas operacionais, técnicas de manutenção primárias, preventivas e corretivas, sobre os equipamentos por eles operados. Estabeleceu-se ainda documentação contendo todas as instruções e registros de controles, calibrações e intercorrências apresentadas. O princípio implícito é o de que o que não está escrito não existe.

3) Controle Estatístico do Processo.

O controle estatístico dos processos de análises propriamente ditas é realizado pelo processamento simultâneo de amostras controle comparando-as com as amostras obtidas dos pacientes. Estes controles são padrões e calibradores de metodologia de origem nacional e internacional. Os resultados obtidos são comparados com os valores de referência antes da liberação dos resultados aos pacientes. Posteriormente os dados obtidos são tabulados e estudados segundo um modelo estatístico afim de se obter o coeficiente de variação dos métodos controlados. Paralelamente aplica-se o princípio de análise do delta que implica na comparação do resultado obtido em um paciente com o seu resultado anterior. Os controles realizados internamente permitem checar a precisão

dos resultados obtidos, enquanto que os controles externos ou interlaboratoriais medem a exatidão dos processos.

4) Identificação das Ferramentas Estatísticas utilizadas.

Medidas de Tendência Central, Dispersão e Variabilidade dos Padrões.

Utilizadas nos estudos de análise clínicas que implicam em modelos metrológicos. As variações observadas são referenciadas aos padrões obtidos a partir dos soros ou reagentes controles, suas médias estatísticas e respectivos desvios padrão. O grau de confiabilidade obtido é função do intervalo de confiança previamente determinado.

Distribuição normal ou de Gauss.

Utilizada principalmente nos estudos hematimétricos, onde são possíveis as definições de valores de contagem de células e componentes sanguíneos com suas possíveis variações. Aplica-se neste modelo informações inerentes ao processo patológico por que passam os pacientes, permitindo-se assim uma previsão de resultados esperados e comparação com os obtidos, com consequente fornecimento dos resultados somente após uma análise de consistência dos dados observados.

Distribuição "Qui-Quadrado"

Utilizada para comparação de ocorrências observadas com valores esperados. Por exemplo, nas contagens diferenciais de leucócitos procede-se a contagens diferentes com populações de 100 e 200 células respectivamente. O cálculo final estará embasado na comparação dos valores obtidos em função dos graus de liberdade do método.

Distribuição "t" de Student.

Utilizada para estabelecimento de comparação de metodologias ou equipamentos diferentes que realizam um mesmo tipo de exame laboratorial. As amostras são submetidas a análise de ambos os métodos e comparados os resultados obtidos com aqueles calculados para a função.

5) Estabelecimento de auditorias de qualidade.

A base do trabalho de auditoria de qualidade em laboratórios clínicos se faz a partir do estudo das ocorrências adversas documentadas em prontuário especificamente criado para este fim. As questões levantadas por estes documentos devem incluir abordagem de problemas ocorridos em todas as fase do processo de produção de exames, desde sua solicitação pelos profissionais requisitantes até a liberação de resultados. A identificação de falhas processuais ou sistêmicas deve ser valorizada com esta

ferramenta de forma a que a correção de situações anormais comprometedoras do bom andamento do sistema de produção demande soluções que envolvam todos os grupos de trabalhadores participantes do processo produtivo.

6) Métodos de registros de falhas.

Através do desenvolvimento de documentos relacionados às várias metodologias de execução de exames laboratoriais procura-se determinar quais as falhas mais frequentemente encontradas nas fases analíticas, quais medidas foram tomadas pelo executante do procedimento e com que eficácia foram corrigidos os eventuais problemas. Constitue instrumento de uso específico do técnico responsável pelos processos analíticos e baseiam-se no princípio de notificação voluntária das ocorrências observadas.

Elaboração de propostas de correção.

Em relação aos itens descritos anteriormente, relacionados à fase pré-analítica, que interferem na qualidade final, o laboratório raramente dispõe de condições de controle direto sobre a preparação do paciente, quer seja na aferição das informações ou no acompanhamento dos dados. Um determinado paciente pode omitir informações ou mesmo mentir sobre aspectos importantes na produção de resultados confiáveis. A informação adequada aos pacientes, enfermagem e médicos pode constituir o único caminho eficaz para evitar ou minimizar as inadequações. Para que tais informações estejam sempre disponíveis é necessário o desenvolvimento de tecnologia de informática acessível, de fácil manipulação e compreensão, que possibilite aos profissionais de saúde a rápida atualização acerca das condições necessárias à execução dos procedimentos laboratoriais. Tais ferramentas encontram-se em fase de desenvolvimento na Instituição.

Com referência à coleta e manuseio das amostras, o esforço de aperfeiçoamento deve se fazer por meio do treinamento e desenvolvimento de pessoal. Esta função vem sendo empreendida pela administração da organização através do seu departamento de recursos humanos em conjunto com o quadro técnico do laboratório. Todas as inadequações constatadas nesta fase podem ser corrigidas ou eliminadas com o processo de treinamento. A Instituição já pratica programa de reciclagem contínua na área, devendo rever sua efetividade e resultados. Na verdade, a orientação e conscientização da equipe de trabalho, enfatizando sua importância dentro do processo, além da documentação das ocorrências adversas, e análise de problemas é a proposta básica para a melhoria e garantia da qualidade nesta fase.

A metodologia utilizada para estudo da qualidade na fase analítica baseia-se no C.E.P. (Controle Estatístico do Processo). Dentro do contexto deste processo avaliam-se duas variáveis geradoras de não conformidade ou inadequações:

- Precisão
- Exatidão

O conceito mais simples de PRECISÃO é a vinculação de proximidades relativas de um conjunto de medidas tomadas repetidamente de uma determinada amostra. Quanto mais próximos os resultados obtidos, mais preciso estará o método utilizado nas análises. Tais medidas estão diretamente relacionadas ao controle interno.

EXATIDÃO (acurácia) é a extensão em que um determinado resultado, ou vários relacionados a um mesmo método, estão relacionados com o real valor medido. Está diretamente ligada ao controle da qualidade externo. No controle da qualidade a meta é atingir conjuntamente a precisão e a exatidão.

Uma das ferramentas desenvolvidas para a administração do processamento de materiais é o T.A.T (*Turn Around Time*) em que os exames realizados pelo laboratório foram estudados com definição dos passos intermediários da produção, tempos médios e sequências de execução dos procedimentos. Com estes dados desenvolveu-se um software através do qual são controlados os eventos em suas múltiplas instâncias de tal forma que se um determinado exame apresentar qualquer problema de elaboração em etapas intermediárias um sinal sonoro alerta o técnico responsável pelo mesmo do que está ocorrendo, em que etapa e quais as medidas necessárias para a continuação do processo. O início do controle se dá com o cadastramento do exame pelo profissional requisitante, de forma que esta metodologia consegue monitorar o tempo decorrido entre a coleta e transporte do material e a execução da fase analítica propriamente dita.

A grande vantagem que tal sistema tem demonstrado se refere à detecção de problemas métricos e de qualidade dos materiais e insumos utilizados no processamento de amostras, especialmente nos setores onde o exame depende de reações físico-químicas ou imuno-enzimáticas sensíveis à variações ambientais. Um outro aspecto positivo é o de possibilitar o acompanhamento automático de todo o processo na fase analítica, identificando em que momentos a intervenção do pessoal técnico se faz necessária.

Além disso, a possibilidade de estabelecimento de rotinas padronizadas na elaboração de exames pode contribuir em alto

grau na confiabilidade dos processos com consequente redução das dificuldades do exame de consistência a ser executado na fase pós-analítica.

Para que tal sistema pudesse ser implantado, o desenvolvimento de treinamento específico envolvendo equipes multiprofissionais de saúde, técnicos do departamento de informática e administradores do laboratório necessitou de esforços consideráveis, tanto que as várias metodologias disponíveis foram agregando seus princípios de maneira gradual. Por exemplo, o espaço em banco de dados necessário para a integração de todo o laboratório clínico dentro do modelo poderia configurar-se como elemento crítico.

A fase pós analítica caracteriza-se, do ponto de vista da garantia da qualidade pela instituição de controles e mecanismos que permitam aferir a confiabilidade dos resultados emitidos, a adequação documental dos exames executados e as condições de encaminhamento e recebimento pelos usuários.

O principal instrumento utilizado é a chamada análise de consistência, onde os resultados obtidos são estudados à luz das informações acerca das condições clínicas dos pacientes, seus quadros evolutivos e diagnósticos propostos. Os casos em que existam incongruências entre os resultados obtidos e esperados são revistos por profissionais médicos especializados e nas situações em que permaneçam dúvidas os exames são repetidos. Somente se ocorrer a confirmação de contra-prova podem ser liberados aos usuários.

Cada grande grupo de técnicas laboratoriais utilizadas dispõe de modelos de estudo próprio sendo possível constatar fenômenos de tendência de especialização técnica na avaliação da consistência. Desta forma, por exemplo, o médico responsável pelo controle dos exames hematológicos é um hematologista, por exames bacteriológicos e virais é um infectologista, por estudos do líquido cefalo-raquiano é um neurologista e por exames bioquímicos e sorológicos é um patologista clínico. Cabe observar que todos estes profissionais também são especializados nos aspectos gerais da patologia clínica.

Com relação à documentação dos resultados obtidos, regra geral o laboratório dispõe de estrutura de emissão de laudos por computador, onde são padronizadas as informações de variação de normalidade dos resultados e gravadas para posteriores necessidades os resultados em discos magnéticos. O acesso a estes sistemas é de uso franqueado aos principais médicos da Instituição, permitindo desta forma que além dos

resultados encaminhados em papel, os profissionais responsáveis pelos pacientes possam dispor dos resultados de seus exames via sistema.

A experiência desenvolvida pelo laboratório estudado é considerada como uma das pioneiras na área, sendo inclusive criação do Grupo de Qualidade do mesmo o sistema de gerenciamento de tempo desenvolvido para acompanhamento da situação dos procedimentos executados¹⁰⁶.

106 - MATTAR, J. Controle de Qualidade no Laboratório no Hospital Israelita A.E. Palestra apresentada no XXVII Congresso Brasileiro de Patologia Clínica, S.Paulo, 14-17 Set.1993.

6.2.- O Serviço de Controle de Infecções Hospitalares

A história da formação das comissões de controle de infecções hospitalares no hospital remonta ao ano de 1974, quando foi constituído o primeiro grupo de estudo dos problemas vinculados à higiene hospitalar. Esta comissão caracterizava-se por um trabalho de estudo das condições de cada serviço ou departamento existente na época e proposição, sob forma de recomendações, de políticas e ações que apresentavam um caráter não controlador ou indutor de melhoria da qualidade. Em 1981 passou a utilizar o instrumento da notificação compulsória não controlada para trabalhar com a vigilância epidemiológica das infecções nosocomiais. Com o passar do tempo, novas necessidades relevantes evidenciaram-se paralelamente à incorporação de novas tecnologias, aumento do número de leitos, e sofisticação da abordagem diagnóstica e terapêutica. Tornou-se clara a necessidade de readequação dos sistemas de vigilância e de planejamento dos controles. A contratação de pessoal dedicado exclusivamente à atividade foi a via natural para resolução destes problemas.

No início de 1986 foi criado o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), cujas principais funções são a execução da vigilância epidemiológica, o levantamento e a priorização dos problemas, a sugestão e acompanhamento de medidas de controles e o controle da qualidade dos processos. Este é abordado segundo um modelo de prioridades estabelecido nas três áreas preconizadas por Donabedian:

- 1- Estrutura - Qualidade do insumo
Instalação física
Equipamentos
- 2- Processo - Padronização de rotinas
Treinamento
Supervisão
- 3- Resultados- Avaliação e acompanhamento das taxas e indicadores de infecções hospitalares.

Atualmente, o serviço de controle de infecções hospitalares é o órgão executivo encarregado das ações programadas de seu controle e prevenção, contando com um médico, especializado em epidemiologia hospitalar, 3 enfermeiras e uma secretária. Dentre as atividades que lhe compete executar, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a educação continuada constituem o tripé fundamental. Seus programas centram-se na identificação e controle dos processos infecciosos, seus fatores de risco ,e

práticas e comportamentos do pessoal de saúde que repercutem na qualidade da assistência prestada.

Vigilância Epidemiológica.

As infecções hospitalares tem uma etiologia multifatorial, onde a patologia de base do paciente, os procedimentos invasivos e o contato com a micro-ecologia hospitalar contribuem com pesos distintos em cada caso diagnosticado. Como decorrência, sua presença muito tem a ver com os cuidados prestados direta ou indiretamente aos pacientes, e constitui-se "de per si" um parâmetro mensurável da qualidade dos serviços prestados.

Paulatinamente, as infecções hospitalares deixaram de ser consideradas uma complicação inerente à patologia do paciente ou à sua hospitalização, para serem estudadas cientificamente, aplicando o que há de mais moderno em epidemiologia para seu controle. Desta forma, procura-se estabelecer o seu comportamento histórico dentro de cada instituição, determinando-se seus índices endêmicos, levando em conta os riscos de aquisição. O controle dos fatores de risco, bem como das características inerentes à cada serviço ou clínica, além da invasividade dos procedimentos executados permite estabelecer formas de atuação que irão condicionar os resultados futuros. O monitoramento dos indicadores de infecção setoriais, além do estudo das tendências históricas dos mesmos e sua comparação com dados de literatura, permitem o estabelecimento de prioridades no seu combate, racionalizando-se desta forma as medidas de controle em termos de aquisição de insumos, novas técnicas ou ações prestadas aos pacientes. Procura-se ter como filosofia o lema "Informação para a Ação".

O S.C.I.H do hospital realiza a investigação epidemiológica dos casos em que haja a suspeita de surtos de infecção ou agravos inusitados à saúde, a fim de se identificar fontes, reservatórios e mecanismos de transmissão, com o intuito de se formular e avaliar as medidas de controle. Na elaboração das hipóteses diagnósticas de situação integra informações epidemiológicas, microbiológicas, das condições de trabalho e produção de serviços 'in loco'. Para que tal modelo de trabalho seja implantado é essencial a participação de todos os profissionais envolvidos com as áreas que apresentem os problemas.

Vigilância Sanitária.

O S.C.I.H deve também exercer um papel de vigilância sanitária, procurando observar criticamente todos os cuidados prestados direta ou indiretamente aos pacientes. Tal prática é realizada no momento em que as ações que implicam num controle sanitário estão sendo executadas nas diversas unidades ou setores de apoio. A observância dos critérios definidos e exigidos pela legislação em vigor, através do acompanhamento das rotinas estabelecidas bem como do grau de aderência dos profissionais de saúde à sua prática, permitem aos profissionais do S.C.I.H. o estabelecimento de diagnósticos das condições gerais dos vários serviços e o desenvolvimento de ações de correção dos desvios de forma a prevenir infecções.

Educação Continuada.

A educação em serviço tem como objetivo criar, manter e desenvolver um contingente de recursos humanos eficiente e motivado para a realização dos objetivos da instituição. É uma atividade contínua, realizada através de planejamento, implantação, coordenação, supervisão e avaliação de medidas que envolvem os seguintes aspectos operacionais básicos:

1. Orientação ou introdução do profissional de saúde ao ambiente de trabalho.
2. Treinamento,
3. Atualização, reciclagem e educação continuada para os aspectos de controles de infecção.
4. Aperfeiçoamento e desenvolvimento da equipe multiprofissional do S.C.I.H.

As estratégias para obter o engajamento dos vários membros responsáveis pelas medidas de incremento da qualidade no controle das infecções hospitalares passam por estudo e conhecimento dos vários perfis setoriais do problema e envolvimento dos vários serviços vinculados à atividade fim ou a apoio técnico e administrativo. As ações propostas pelo S.C.I.H. são embasadas no conhecimento técnico disponível em sua área e não podem prescindir da participação de todos os funcionários envolvidos no processo de produção da Instituição. São constituídas basicamente das seguintes atividades:

1. Treinamento direto de funcionários
2. Campanhas Institucionais educativas,
3. Cursos específicos,
4. Reuniões setoriais,
5. Cursos de atualização científica promovidos pelo S.C.I.H., abertos a todos os interessados.

O principal objetivo na monitorização de eventos, desejáveis ou não, consiste na identificação dos padrões de ocorrências de maneira a poder comparar os fatos observados ao longo do tempo, estabelecendo relações e identificando variáveis vinculadas a estrutura e processos, de forma a subsidiar planos e políticas de controles desses eventos.

A demonstração de diferenças e variações na ocorrência de eventos (infecções hospitalares são um exemplo) em diferentes períodos de tempo se tem feito em geral através da realização de testes de hipótese de modelos estatísticos. Contudo, a utilização desse modelo de análise de dados acumulados, especialmente quando não há sinais aparentes de surtos ou epidemias se torna impraticável. O que se procura é um procedimento ou instrumento estatístico alternativo que simplifique a aplicação de testes de hipótese com vistas à detecção de variações agudas ou ocorrências de interesse de forma a poder acompanhar e monitorizar tendências temporais.

Os trabalhos de Shewhart que descreveram a variabilidade dos processo produtivos industriais tornaram possível a utilização de um instrumento de aplicação ao modelo de controle de eventos infecciosos de origem nosocomial, cujas técnicas de avaliação são caracterizadas pela possibilidade do acompanhamento de séries históricas. O princípio implícito é o de que todos os processo variam inerentemente e os resultados podem ser descritos em termos estatísticos segundo uma distribuição normal (Gauss). Portanto, se soubermos o registro temporal das ocorrências em estudo em um determinado local ou sob determinadas variáveis controladas (p.e. o agente, o sítio da infecção, quem é o cirurgião etc...), poderemos utilizar esta informação para determinar se há ou não consistência estatística com a experiência anterior. Tratando com maior especificidade poderemos usar os dados observados para descrever a variação estatística em relação à média mensal. Isto torna possível ver até onde a incidência de infecções hospitalares em um determinado mês se relaciona independentemente para mais ou para menos com os valores observados nos meses anteriores. A vantagem desta técnica se torna evidente à medida que permite tomar decisões bem fundamentadas nas situações em que se fazem necessárias mudanças de rotinas, processos ou procedimentos, assim como desencadear investigações relativas a agentes, locais ou vetores das infecções.

Há que se considerar que a atitude mais adequada ao serviço de controle de infecção hospitalar é a de não se mostrar satisfeito com os limites endêmicos estatísticos, nem mesmo quando comparados com a literatura internacional. Deve se considerar que sempre haverá oportunidade para descer a

detalhes ao decomporem-se as taxas endêmicas em fatores passíveis de modificação e controle. Dois bons exemplos seriam as pneumonias relacionadas ao uso de ventiladores mecânicos e as infecções de trato urinário relacionadas à sondagem vesical.

No S.C.I.H. estudado, a coleta de informações se faz através de avaliação contínua de todos os casos internados em que haja utilização de antibioticoterapia e/ou suspeita de contaminação por agentes do ambiente hospitalar. São identificados os dados referentes ao estado clínico dos pacientes, aos agentes infectantes, à sua sensibilidade a drogas, aos fatores de risco envolvidos e às condições da unidade de internação respectiva. Estes dados são computados em tabelas cuja função é definir a frequência mensal e a incidência relativa das infecções nas unidades, comparando as observações com as curvas de evolução históricas.

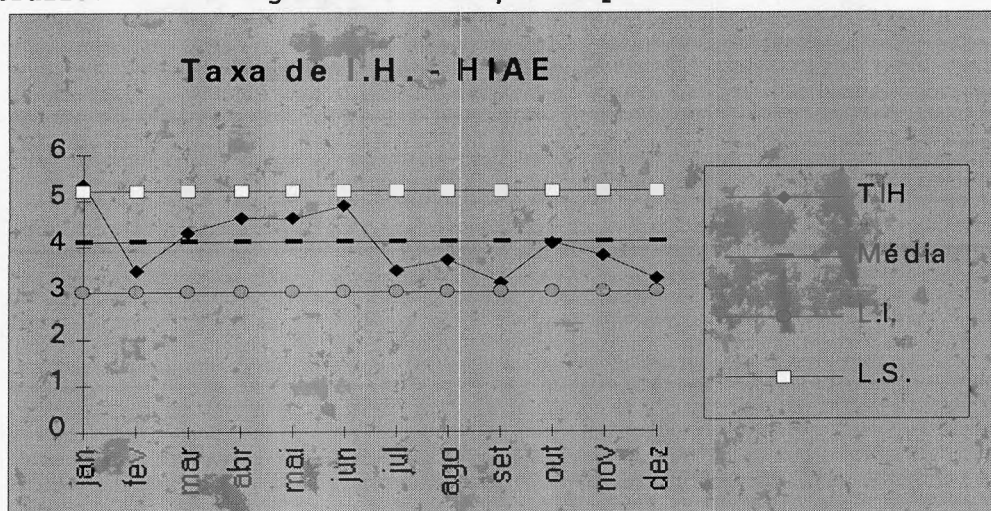
Nos casos em que ocorrem variações significativas em relação às médias históricas desencadeia-se um procedimento de investigação causal que possibilita a identificação das variáveis implicadas no surto. A administração das unidades envolvidas, em conjunto com os profissionais do S.C.I.H., elaboram então programa cuja finalidade é corrigir os eventuais desvios através da eliminação ou atenuação dos fatores de risco, através do uso da educação continuada em serviço, da proposta de mudanças nas condutas e rotinas operacionais e no esclarecimento dos profissionais médicos das práticas responsáveis pelo aparecimento de infecções.

EXEMPLOS DE OBSERVAÇÕES RELATIVAS A 1993.

Taxas Gerais.

Como é de conhecimento corrente, as taxas gerais não dizem muito sobre o risco de aquisição de infecções hospitalares, uma vez que não levam em conta os seus elementos componentes. Há contudo nas instituições que com elas trabalhem um sentido de se ter uma idéia geral do problema ao longo do tempo. Na verdade somente serão comparáveis taxas quando a metodologia, recursos e extensão da investigação permanecerem constantes.

Gráfico 1 - Taxa geral de infecção hospitalar - 1993.

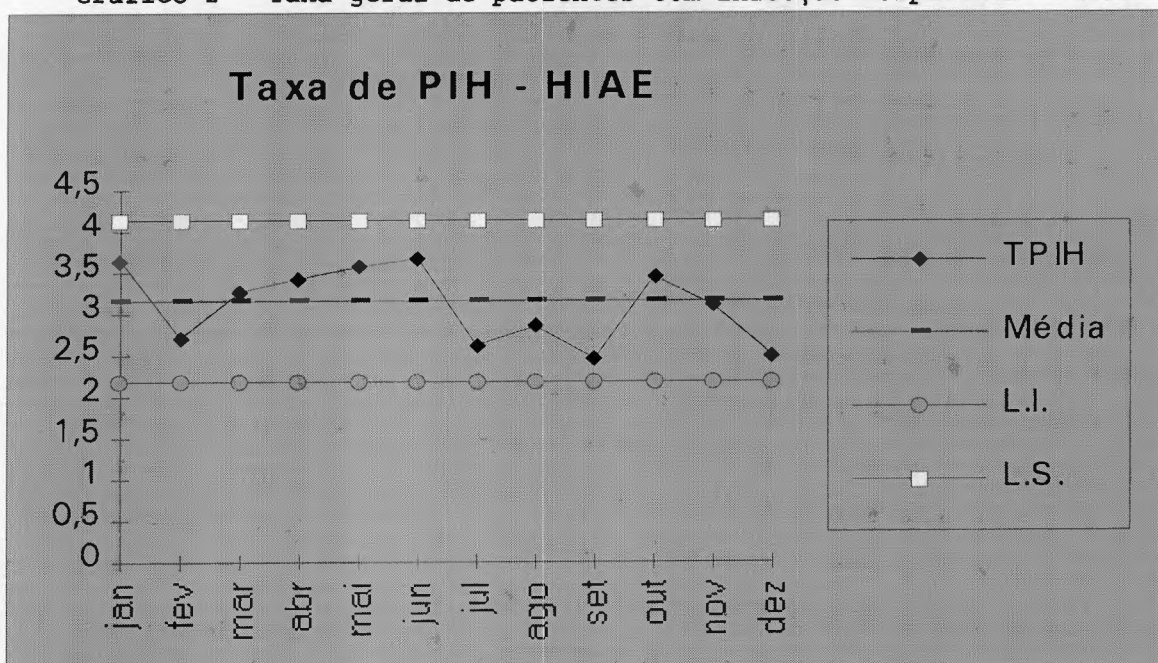


Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Ao analisar o gráfico 1 pode-se perceber que apenas no mês de janeiro de 93 houve superação do limite superior do intervalo de confiança de 95%. Contudo pode-se também observar que houve um período de 4 meses consecutivos (março a junho de 93 inclusive) com taxas superiores à média, inclusive com tendência crescente. Tal dinâmica de distribuição justificaria ao menos a avaliação mais pormenorizada de problemas que pudessem estar ocorrendo em clínicas ou sítios específicos. Isto de fato ocorreu, identificando-se em relação ao mês de janeiro um aumento da frequência de infecções no centro de terapia intensiva de adultos e na clínica médica cirúrgica.

A taxa de pacientes com infecções hospitalares (T.P.I.H) é geralmente mais baixa que a taxa de infecções hospitalares uma vez que não é infrequente a ocorrência simultânea ou sequencial de mais de uma infecção no mesmo paciente. Desta forma a gráfico 2 segue grosso modo a mesma configuração da figura 1, porém em patamares inferiores.

Gráfico 2 - Taxa geral de pacientes com infecção hospitalar - 1993

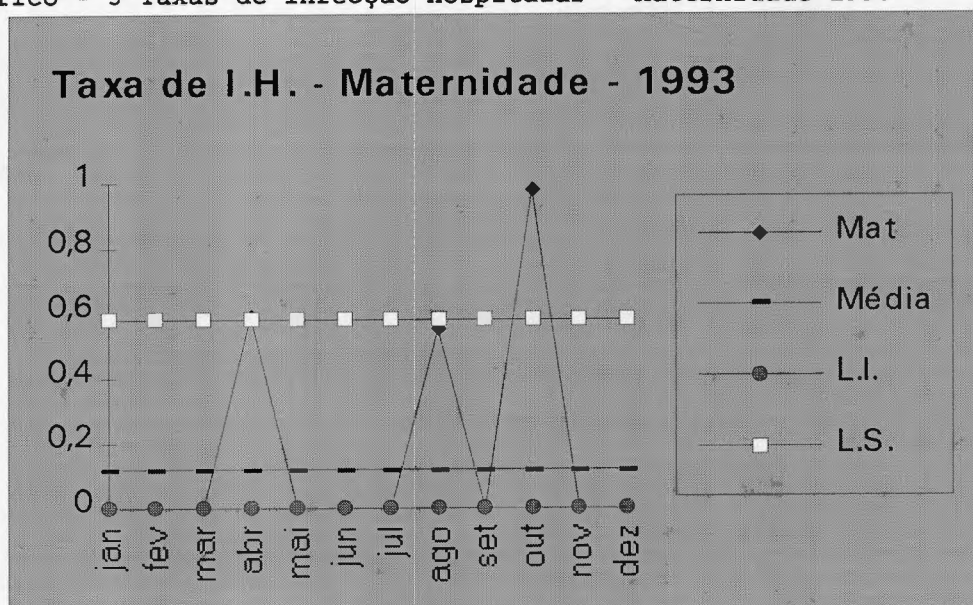


Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Taxas estratificadas por setor ou serviço.

Maternidade

Gráfico - 3 Taxas de Infecção Hospitalar - Maternidade 1993

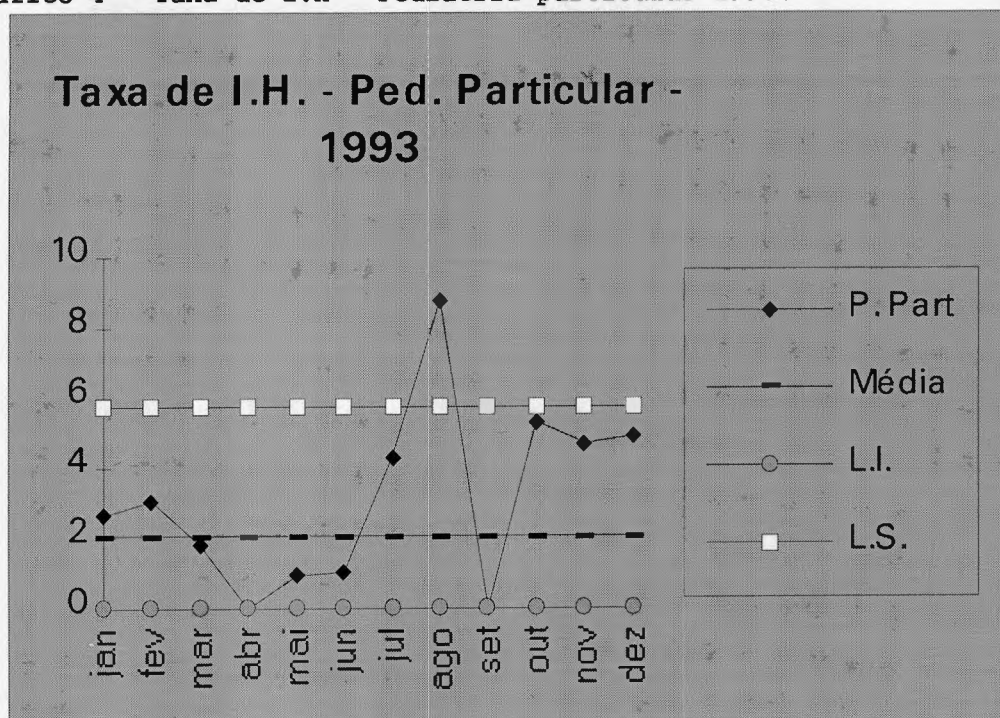


Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Na maternidade observa-se taxas bastante baixas ou nulas em 9 dos 12 meses do ano (75%). De fato o risco geral de infecções hospitalares em maternidades gerais é bastante baixo. Contudo os dados observados carecem de melhor detalhamento o que nem sempre é possível devido às características do corpo clínico. Por exemplo poderiam ser tomados em consideração estratificações que levassem em conta o tipo de parto e procedimentos técnicos além das condições das parturientes.

Pediatria particular.

Gráfico 4 - Taxa de I.H. - Pediatria particular 1993.

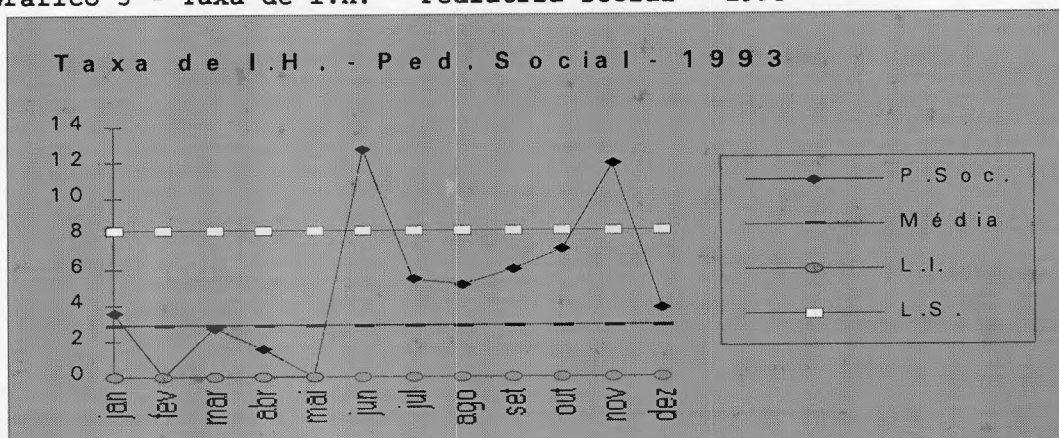


Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Observou-se aparente surto infeccioso e taxas muito próximas do limite superior do IC95% no último trimestre do ano. Uma avaliação mais detalhada revelou que a maioria das infecções ocorreu entre pacientes com doença de base grave.

Pediatria Social

Gráfico 5 - Taxa de I.H. - Pediatria Social - 1993



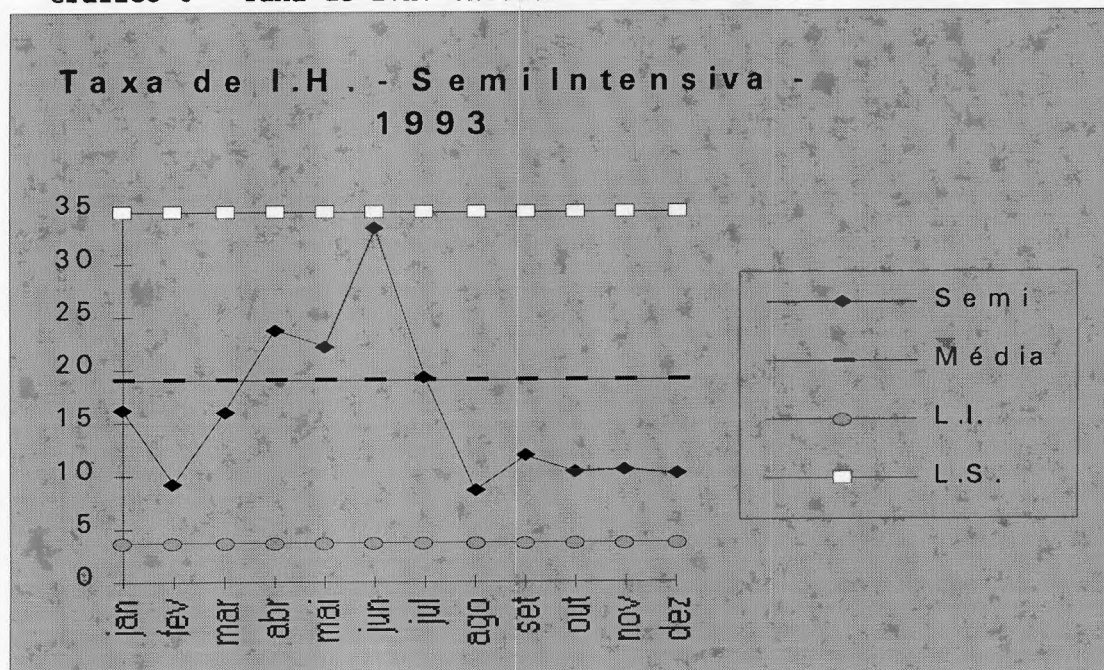
Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

De modo semelhante ao observado na pediatria particular, estabeleceu-se suspeita de surto de I.H em junho e novembro. De fato em junho constatou-se pequeno surto de gastroenterite devida a Rotavirus debelado através de medidas clássicas de tratamento. Ao contrário, em novembro, a revisão dos casos

revelou que muitas das I.Hs responsáveis pelos surtos ocorreram de fato entre pacientes com susceptibilidade aumentada pela imunodepressão e pelo tempo médio de internação muito longo. O trabalho da comissão nestes casos centrou-se na identificação das razões pelas quais estes pacientes necessitaram de internações tão prolongadas e que medidas poderiam ser tomadas para evitarem-se estes riscos.

Unidade de Cuidados Semi Intensivos.

Gráfico 6 - Taxa de I.H. Unidade de cuidados semi-intensivos 1993

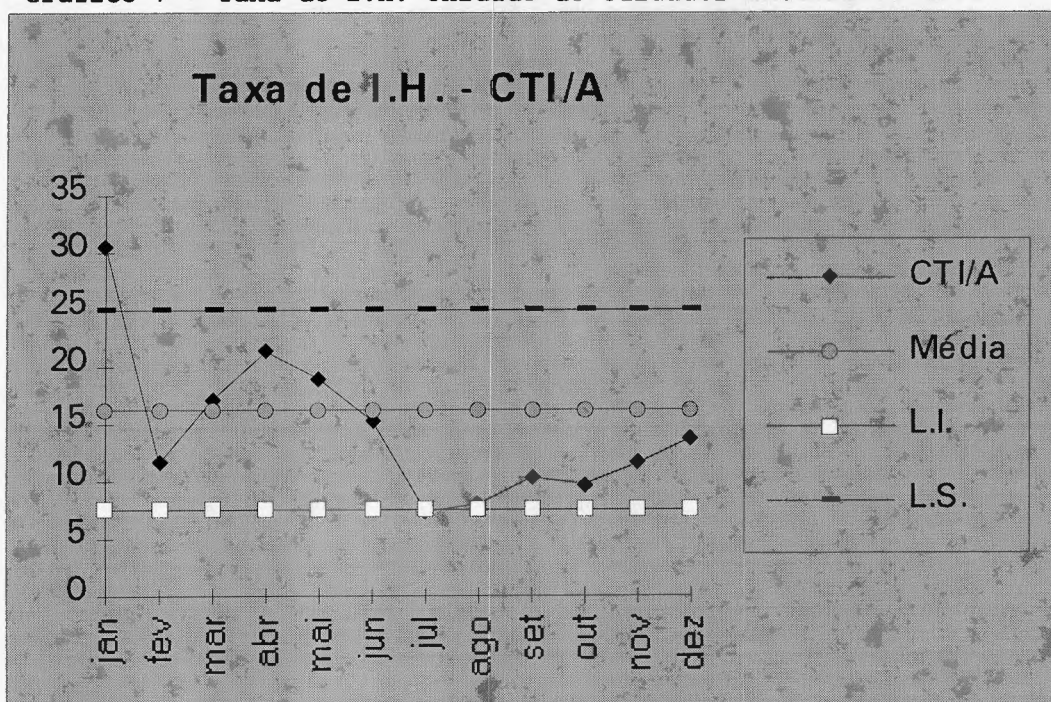


Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Nesta unidade, a despeito de nenhuma das taxas mensais ter superado o limite endêmico superior, foi possível perceber um pico no mês de junho, prenunciado nos dois meses anteriores com taxas acima da média. A avaliação deste fato permitiu identificar como causas possíveis a acentuada elevação das idades médias dos pacientes internados nestes meses (com mediana em torno de 80 anos e média de 72,7 anos) assim como ao aumento da média de permanência na Unidade.

Unidade de Cuidados Intensivos para pacientes adultos.

Gráfico 7 - Taxa de I.H. Unidade de cuidados intensivos 1993

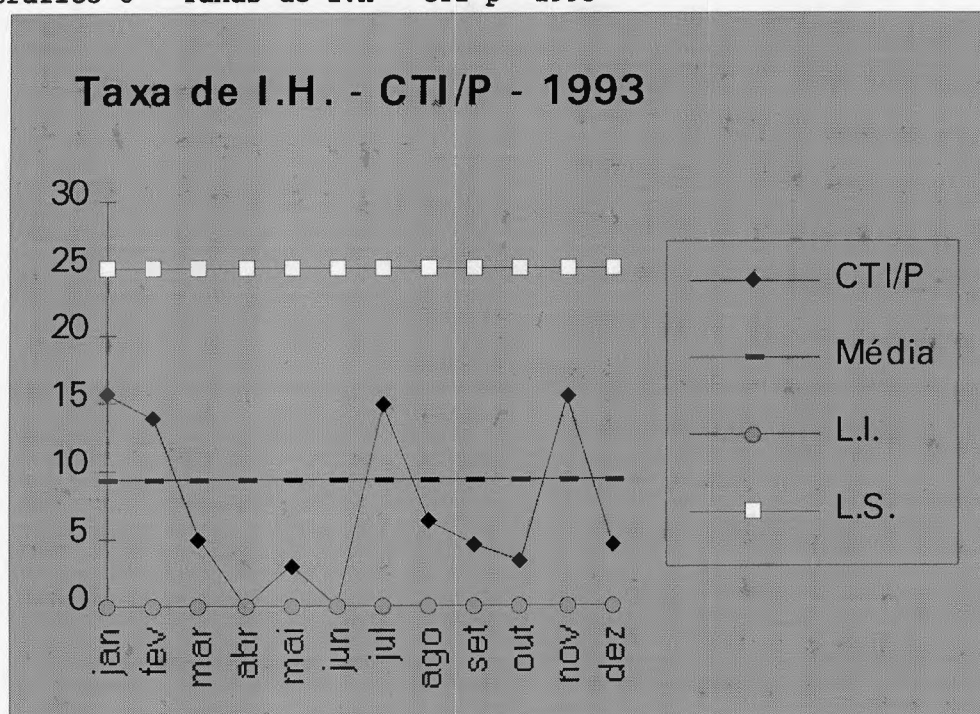


Ponte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

A curva observada nesta unidade assemelha-se de modo genérico à curva geral da Instituição. Este fato é consequência da maior incidência de infecções nesta unidade em relação às demais. Como é de conhecimento público os pacientes submetidos a tratamento intensivo são aqueles mais vulneráveis a processos infecciosos hospitalares em virtude das próprias características de seus processo patológicos. Como veremos adiante, quando da exposição sobre o sistema de gerenciamento de risco dos pacientes críticos é frequente a indicação de procedimentos terapêuticos invasivos e agressivos que possam estabelecer condições de suporte vital a estes pacientes. Tais procedimentos devem ser monitorizados do ponto de vista de emergência de infecções e de técnicas utilizadas. A curva apresentada mostra que a taxa do mês de janeiro superou o limite endêmico, fato que investigado foi explicado pelo aumento geral das Ihs no hospital, especialmente por pneumonias associadas ao uso de ventilação mecânica e em menor proporção infecções urinárias.

Unidades de Cuidados Intensivos pediátrica.

Gráfico 8 - Taxas de I.H. - CTI p -1993

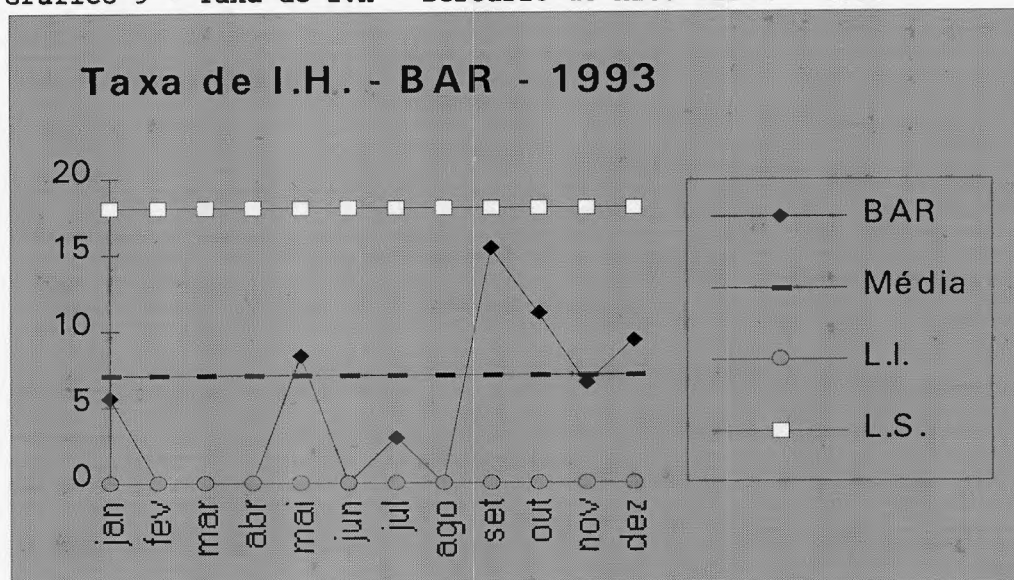


Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Esta curva endêmica não permite uma análise pormenorizada devido à instabilidade observada nas taxas. Tal fato é consequência do número relativamente pequeno de internações observado na unidade (cerca de 29/mês) e o número médio foi de 2 (duas) infecções mensais. Pode-se dizer a grosso modo que não ocorreu nenhum surto que excedesse os limites endêmicos propostos.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Gráfico 9 - Taxa de I.H. - Bercário de Alto risco - 1993



Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

A curva endêmica para esta unidade também foi bastante irregular. Em 5 dos 12 meses houve taxa nula, fato que dificulta a interpretação das taxas para os sete meses restantes. Aqui também a baixa frequência de eventos e de internações constituíram as razões principais para a dificuldade de interpretação. A proposta em estudo na SCIH é a de se ajustarem estas taxas a um outro modelo de avaliação que permita o estabelecimento de análises e condutas de correção quando necessário.

Taxas estratificadas por Sítio de Infecção.

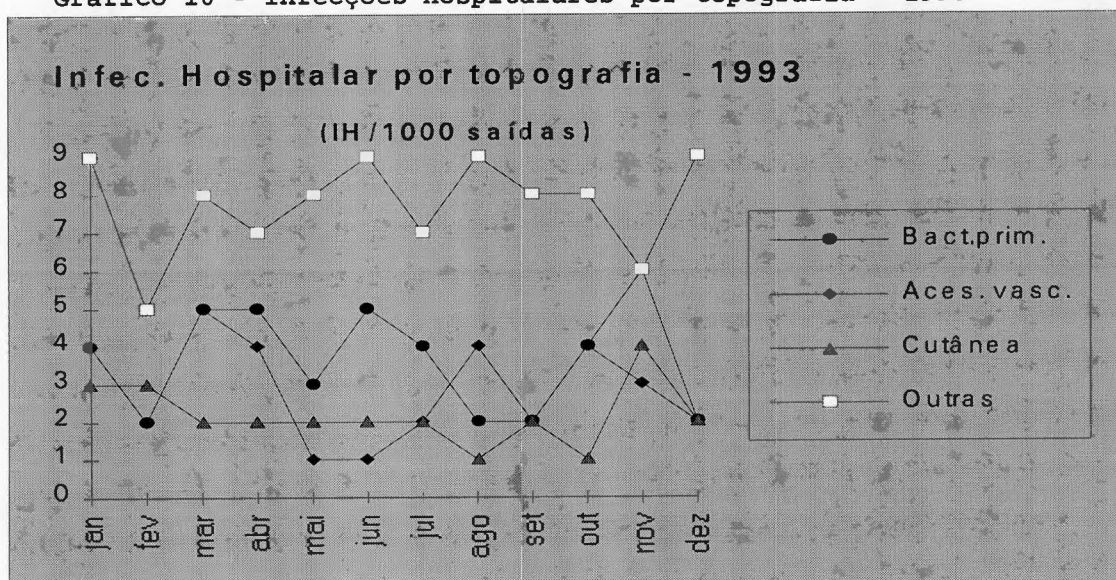
Optou-se pela comparação dos dados observados com aqueles do projeto SENIC e os dados NNIS, em virtude da ausência de informações confiáveis em literatura nacional.

Tabela 1- Comparação de frequência por agentes de infecção- HIAE X NNIS - 1993

	ITU		I.S.C.		Pneumo		Bact.		Outras		Total	Total
	HIAE	NNIS	HIAE	NNIS	HIAE	NNIS	HIAE	NNIS	HIAE	HIAE	NNIS	NNIS
C. albicans	9	7	3	2	5	4	0	1	44	61	14	
S. coag. neg.	4	4	18	12	9	2	15	27	13	59	45	
P. aeruginosa	14	12	11	8	16	17	5	4	6	52	41	
E. cloacae	5	6	10	8	7	11	15	5	4	41	30	
S. aureus	1	2	15	17	9	16	3	16	9	37	51	
Enterococo	12	16	6	13	4	2	8	8	6	36	39	
E. coli	17	25	10	10	2	6	3	6	2	34	47	
S. viridans	1	0	9	3	12	1	3	4	3	28	8	
Candida sp	6	2	2	0	7	1	3	3	3	21	6	
S. marcescens	5	1	0	1	6	4	6	1	1	18	7	
Acinetobacter sp	3	0	0	0	7	0	6	0	1	17	0	
K. pneumoniae	7	6	1	3	3	7	2	4	2	15	20	
X. maltophilia	2	0	0	0	5	0	5	0	1	13	0	
Outros	17	12	14	17	6	25	26	15	6	69	69	

Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Gráfico 10 - Infecções Hospitalares por topografia - 1993



Fonte: Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.

Observou-se na Instituição baixa frequência de infecções de trato urinário, quando comparados aos dados SENIC e NNIS,

cuja causa possível é a subnotificação dos casos (altas precoces e não realização de procedimentos investigatórios). A proposição do SCIH é de que se proceda a uma padronização de condutas, de forma a identificar, entre os casos possíveis, quais medidas teriam a condição de promover uma melhoria da qualidade da assistência prestada. Com relação às pneumonias, a observação é de que existe provável excesso de diagnóstico, ou seja, a definição diagnóstica é muito sensível, não havendo especificidade nos procedimentos de detecção executados. As medidas tomadas neste setor incluíram a definição clara de critérios diagnósticos destas patologias com informação de todos os profissionais envolvidos dos passos e medidas necessárias ao estabelecimento de diagnóstico mais preciso. Com exceção destas infecções, que variaram bastante ao longo do ano, praticamente todas as outras infecções apresentaram taxas relativamente estáveis.

6.3.- O modelo das Unidades de Terapia Intensiva de adultos.

O atendimento a pacientes críticos em unidades de cuidados intensivos apresenta características especiais no que se refere à infraestrutura física, suporte de equipamentos e tecnologia de recursos humanos. A manutenção das funções vitais dos pacientes, bem como as intervenções terapêuticas mais frequentes exigem disposição espacial e leitos que possa garantir acesso sem restrições ao pessoal e aos equipamentos disponíveis. Consequentemente, ao procurar identificar os padrões da qualidade de assistência prestadas nos seus ambientes, uma das questões que se abordada no hospital é a da estrutura disponível.

Um segundo aspecto fundamental na avaliação de programas de qualidade nas Utis se refere aos processos por que passam os seus clientes durante o período de internação. A este respeito, pode ser dito que o paciente admitido nas unidades deste tipo necessita de qualificação quanto aos seguintes atributos:

- 1) Clareza do diagnóstico estabelecido na admissão,
- 2) Prognóstico,
- 3) Indicações terapêuticas, tanto em relação ao uso de equipamentos quanto ao de insumos medicamentosos e materiais,
- 4) Necessidades nutricionais e de balanço hídrico e metabólico,
- 5) Tipos de cuidados de enfermagem e de suporte fisioterápico necessários,
- 6) Frequência e volume de assistência especializada a serem alocados em relação ao internado,e
- 7) Riscos de complicações a que cada paciente individualmente pode estar sendo submetido.

No estudo destes atributos e na sua forma e grau de apresentação em cada situação observada na admissão podem ser configurados os principais padrões que permitem avaliar a qualidade dos atendimentos.

A questão da estrutura.

O ambiente de atuação dos profissionais de saúde nas unidades de terapia intensiva foi estudado à luz dos critérios de números de leitos instalados, espaço entre os leitos, equipamentos para separação e promoção da privacidade do paciente, iluminação, ventilação e espaço para instalação dos equipamentos em uso.

A instalação de formas de monitoramento contínuo das condições dos pacientes exige que estas unidades estejam

dispostas em módulos que permitam a visualização e controle de todos os internados em regime de tempo integral. Consequentemente o uso de equipamentos que permitam a comunicação das informações sobre parâmetros monitorizados em tempo real com as centrais de enfermagem e assistência médica deve ser baseado no volume de dados a serem processados, no número ideal de leitos a serem controlados e na localização dos mesmos. A proposta neste setor instituída na unidade estudada foi de modularidade por 4 leitos, nos quais é possível a concentração de pacientes com quadros clínicos ou necessidades de cuidados semelhantes.

A organização de recursos humanos.

Com referência à este aspecto a alocação de recursos na unidade tem como modelo estabelecido o que se segue:

A direção da unidade é feita por um profissional da área médica, especializado em cuidados em pacientes críticos, com grande experiência acadêmica no atendimento a estes tipos de pacientes, responsável pelo estabelecimento de protocolos e rotinas de atuação o mais padronizadas possíveis, coordenação e controle da equipe médica e das equipes paramédicas de apoio. O corpo clínico contratado conta com profissionais médicos especializados em cuidados intensivos, com alguns elementos dispendo de sub-especializações em setores de grande frequência de atendimentos, como por exemplo pneumologia, cardiologia, suporte nutricional parenteral e metabolismo. Este grupo é caracterizado pelo alto grau de conhecimento técnico da área e mantém a prestação do atendimento permanentemente nas 24 horas do dia. Atua segundo os protocolos definidos anteriormente havendo contudo a possibilidade de instalação de prescrições especiais em situações não rotineiras. Um dos aspectos mais importante do desempenho das funções de atendimento pelos profissionais médicos é a sua autonomia em relação aos profissionais titulares dos casos.

O corpo de enfermagem é altamente especializado, sendo administrado por uma chefia de enfermagem com formação técnica em UTIs e em administração, que coordena os trabalhos de toda a equipe mantendo um canal direto de comunicação e discussão dos aspectos funcionais da assistência diretamente com o diretor clínico da unidade. O número de enfermeiros de nível universitário por leito disponível é de 1 para 1 e o número de técnicos ou auxiliares de enfermagem é de 2,5 por leito.

Todos os profissionais de nível superior recebem treinamento para a execução de uma série de procedimentos especiais, como por exemplo, intubação oro-traqueal,

instalação de catéteres centrais e técnicas de manuseio dos ventiladores e monitores, de forma a que em qualquer circunstância a atuação destes profissionais pode se tornar intervencionista em condições críticas.

Corpo de apoio constituído por profissionais da área de saúde como por exemplo fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos dedicados à prestação de serviços especiais de suporte nestas áreas. Este grupo vincula-se diretamente ao diretor da unidade e atua também segundo protocolos específicos.

Como é sabidamente conhecido no meio médico e hospitalar as unidades de terapia intensiva dispõem de condições de manutenção da sobrevivência de pacientes em estado crítico o que implica na utilização de recursos e alocação de custos elevados nas internações em seus ambientes. Portanto a definição diagnóstica precisa e as chances reais de sobrevivência ou recuperação funcional daqueles que fazem uso dos leitos disponíveis torna-se essencial. Um dos critérios importantes na internação é o que se vincula à análise dos resultados possíveis de alta ou riscos de óbito dos pacientes. O esforço do sistema de atendimento deve ser orientado para a implantação seletiva de critérios que possibilitem um atendimento adequado a ambos os grupos de pacientes. Desta forma, doentes com patologias terminais ou com grande comprometimento das funções orgânicas nobres devem receber uma abordagem terapêutica diferente daqueles com elevado potencial de recuperação.

Durante a definição diagnóstica e de prognóstico dos pacientes admitidos é elaborado um protocolo de tratamento básico envolvendo questões de uso de técnicas de ventilação e monitoração indicadas bem como dos procedimentos especiais eventualmente necessários, assim como dos limites de variação que indicam mudanças de condutas e o estabelecimento de novas rotinas. Desencadeia-se também rotina operacional de provisionamento de recursos materiais que possibilitem a execução dos protocolos e programas indicados.

Os equipamentos de uso na UTI são avaliados do ponto de vista dos parâmetros de que dispõem, e revisados tecnicamente nos intervalos entre seus usos, passando por manutenções preditivas e preventivas, desinfecções de circuitos e superfícies de contato com o corpo dos pacientes. Somente então são liberados para uso.

Com relação aos materiais e medicamentos a unidade dispõe de farmácia satélite em que o suprimento dos itens mais importantes de uso é provisionado. Diariamente esta farmácia

recebe em 4 horários diferentes as prescrições efetuadas de maneira individual e supre o grupo de enfermagem dos itens necessários. O uso de drogas especiais é controlado através de sistemas de infusão contínua por bombas especialmente desenvolvidas para este fim. A infusão de soluções parenterais de nutrição, naqueles pacientes em que haja indicação, também é controlada por este meio, sendo o seu preparo estabelecido fora do ambiente da UTI em farmácia que possa garantir as condições de assepsia através do uso de equipamentos de fluxo laminar contínuo.

Com relação às necessidades nutricionais, metabólicas e hídricas é realizada uma avaliação diária pelo grupo de nutricionistas do hospital em conjunto com a equipe médica de forma a que sejam determinados os respectivos balanços e elaborada programa nutricional correspondente. Nos casos em que haja a necessidade de suprimento parenteral executa-se a prescrição de solução de alimentação parenteral, aviada pela farmácia de manipulação instalada no hospital.

Os tipos de cuidados podem variar em função das condições clínicas de cada caso assim como sua frequência e volume. Pacientes submetidos à ventilação mecânica, por exemplo, necessitam de suporte de fisioterapia respiratória que impeça o desenvolvimento de complicações inerentes ao próprio processo. Outro exemplo importante é a forma de abordagem de enfermagem no que se refere à cuidados com a integridade da pele de pacientes de internações mais prolongadas. O risco de lesões ulceradas ocasionadas pelo decúbito prolongado em determinada posição pode ser minimizada com o uso de técnicas simples e de fácil execução.

A abordagem dos riscos de complicações a que os pacientes estão submetidos é a de maiores possibilidades de intervenção no sentido de promoção da qualidade. Consequentemente o estudo de todos os aspectos que envolvem a passagem do paciente pela unidade torna-se importante na elaboração de um programa de garantia da qualidade. A presença no ambiente da UTI de pacientes com possíveis concentrações de fatores adversos possibilitam o incremento de risco, citando-se como exemplo o estresse vinculado ao perfil de trabalhos executados e a elevada incidência de situações de óbito. Na implantação de programas de qualidade nestas unidades é necessário considerar todas as questões decorrentes deste quadro. O envolvimento coletivo dos participantes da assistência é fundamental.

No modelo implantado na UTI em estudo, a introdução do uso dos indicadores de risco APACHE II e TISS permitem avaliar de maneira global as questões referentes ao

diagnóstico, prognóstico, indicações terapêuticas e tipos de cuidados necessários.

Na admissão, estabelece-se para cada paciente o seu escore de classificação e determina-se o risco de evolução através do APACHE II. Posteriormente nas primeiras 24 horas e/ou nas 24 subsequentes são aplicadas as classificações pelo TISS para que se tenha ideia do processo evolutivo.

Simultaneamente ao primeiro procedimento planeja-se o programa de tratamento, de cuidados de enfermagem e são elaboradas as prescrições médica, nutricional, de enfermagem e de controles a serem executados. As áreas responsáveis são notificadas da frequência com que devem ser observados. A monitoração, sempre que possível através de instrumentos e equipamentos, permite o registro dos parâmetros controlados em sistemas informatizados ou alternativamente através do registro documental em papel e gráficos. A identificação de risco a acidentes ou reações alérgicas é aposta ao lado do leito do paciente.

Os dados obtidos pelo cômputo dos escores observados em todos os pacientes, bem como a ocorrência de óbitos e complicações, são registrados em sistemas e comparados mês a mês com aqueles relatados em literatura internacional para unidades de mesmo porte e densidade tecnológica. Isto permite que a equipe multidisciplinar que trabalha na unidade tenha conhecimento acerca dos padrões de atendimentos que presta, sua comparação com programas semelhantes em outras unidades e que identifique possíveis causas de não conformidade.

A discussão sobre eventos não previstos e casos de complicações e óbitos não esperados se faz mensalmente por toda a equipe médica, sob coordenação do diretor da unidade, com o intuito de focalizar comportamentos ou atitudes terapêuticas mais adequadas e quais as possíveis causas de insucesso.

Tabela 2 - Índices médios observados 1993- APACHE II

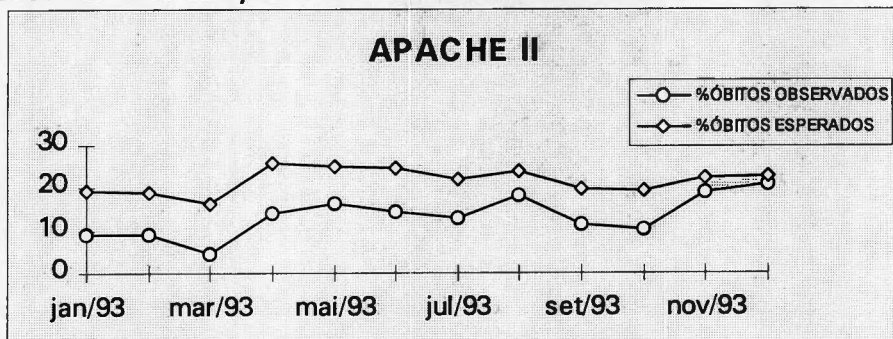
	jan/93	fev/93	mar/93	abr/93	mai/93	jun/93	jul/93	ago/93	set/93	out/93	nov/93	dez/93	TOTAL
%ÓBITOS OBSERVADOS	9,1	9,1	4,5	14,2	16,4	14,6	13,1	18,1	11,4	10,3	19	20,7	13,4
%ÓBITOS ESPERADOS	19,4	19,1	16,4	26	24,9	24,8	22,2	24,1	19,8	19,5	22,4	22,9	21,9
ADMISSÕES	99	99	112	113	122	137	137	127	140	116	84	111	1397
ÍNDICE													
OBSERVADO	14,6	14,2	12,8	15,6	15,9	16,5	14,9	15,9	14,4	13,9	14,8	15,3	14,9

Fonte: Unidade de Terapia Intensiva de Adultos.

Pode ser observado em relação ao período a que se refere a tabela acima é que os índices tem se situado na média de 14,9 e a frequência de óbitos na unidade estudada apresenta-

se em patamar inferior ao descrito na literatura internacional (conforme pode-se visualizar no gráfico 11)

Gráfico 11 - Evolução dos Indicadores Observados - 1993.



Fonte: Unidade de Terapia Intensiva de Adultos.

6.4. - O modelo do departamento de enfermagem. Cuidados integrais aos pacientes e gerenciamento de risco.

A história da implantação do modelo de garantia da qualidade junto ao serviço de enfermagem na Instituição teve sua origem no estudo de uma série de episódios ocorridos no final do ano de 90 e início de 91, quando as administrações do hospital e do departamento identificaram situações em que os padrões de qualidade destes serviços apresentavam características de esgotamento do modelo de atendimento até então disponível. A estrutura dos serviços àquela época era muito semelhante à observada nos outros hospitais do país, com o gerenciamento centralizado, turnos de serviços baseados em cargas horárias semanais de 36 horas, em regime de alternância de plantões e programas de treinamento e reciclagem que abordavam exclusivamente aspectos técnicos da prestação de serviços. Como consequência, era frequente a constatação de que os funcionários do departamento exerciam sua profissão em outras organizações da cidade com o intuito de complementarem sua renda, reduzindo com esta prática seu nível de engajamento e participação na promoção da qualidade dos serviços. O absenteísmo e a rotatividade de pessoal eram consideráveis e a frequência com que funcionários cansados se envolviam em situações não adequadas, inaceitável.

Por esta época, a substituição do grupo gerencial responsável pela gestão do departamento possibilitou o estabelecimento de nova política de administração de recursos humanos com valorização do corpo funcional, melhoria da remuneração e implantação de jornadas de trabalho de 44 horas semanais. Estas medidas foram gradativamente mudando a face do departamento e o perfil comportamental anteriormente presente. Somente com estas providências os estudos acerca de queixas de pacientes e médicos, da ocorrência de eventos de não conformidade e da satisfação dos profissionais com o seu trabalho medida informalmente apresentaram uma sensível melhora. Contudo, estas impressões não foram consideradas suficientes pelos responsáveis pela administração do serviço de enfermagem no estabelecimento de um modelo de garantia e promoção de qualidade.

Passou-se então a discutir questões que envolviam a implantação de um modelo que garantisse a efetiva implantação da gestão da qualidade no departamento tendo-se em conta as oito características citadas pela JCAHO como essenciais.

O grupo administrativo do setor de enfermagem do hospital procedeu estudo através de pesquisas e reuniões de levantamento de dados, durante o ano de 1992, envolvendo todo o corpo operacional do departamento, com o intuito de

identificar quais as circunstâncias presentes na organização eram responsáveis pela visão global que os usuários apresentavam acerca dos serviços prestados, que sugestões de medidas por parte dos enfermeiros teriam a condição de modificar positivamente esta visão e qual a dinâmica da implantação do novo modelo de atendimento.

Dentre os fatores identificados como influenciadores da atuação da enfermagem foram relacionados dois tipos de situação:

- 1) o conhecimento da história do paciente, a presença de profissional de treinamento e da auditoria de enfermagem como facilitadores,

- 2) a dificuldade na abordagem do paciente durante entrevista e exame físico de enfermagem, desconhecimento desta rotinas por parte dos pacientes, ausência de normas de execução de procedimentos, impressos e sistemas de registros não adequados, falta de compromisso do enfermeiro para com o paciente, desrespeito e descrédito do profissional perante a organização e baixo volume de reciclagem como dificultadores da implantação do modelo.

Como decorrência, constituiu-se a partir da gerência do departamento e do grupo responsável pela educação continuada em enfermagem o projeto de sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Este baseava-se na intenção de refletir acerca dos dados levantados e adequar a estrutura do hospital à realidade da organização tentando considerar as visões do cliente e do profissional envolvido, propor novo modelo de treinamento profissional que sustentasse a modificação necessária e implantar o modelo em experiência piloto para, após a análise dos resultados obtidos, estender o programa a todas as unidades de atendimento.

O programa constituiu-se de três níveis de atuação que podem ser reportados segundo a seguinte visão:

- 1) desenvolvimento de estrutura de sistemas que agilizasse a atuação profissional, com a dotação das unidades em que estivesse sendo implantado o programa, de sistema de informática onde as informações acerca dos pacientes, seus diagnósticos e referenciais de exames e prescrições terapêuticas pudessem ser facilmente acessadas e controladas. Proposição de estudo e correção dos desvios observados nas rotinas que envolvessem a comunicação do paciente com a enfermeira no que tange à disponibilidade de equipamentos de intercomunicação, questões envolvendo manutenções nos apartamentos e unidades de internação e no relacionamento entre estes e o sistema de

cobrança do hospital através de comunicação eletrônica. Finalmente propôs-se a implantação de um sistema de administração e zeladoria das unidades através da criação do cargo de camareira seguida de suas contratações. Este profissional tornou-se responsável pelo contato com os pacientes no que se refere à administração do suprimento de rotinas e insumos utilizados para o seu conforto como por exemplo a checagem das condições de higiene e limpeza das unidades, o suprimento de roupas de cama e material de higiene pessoal e o controle de valores e bens pessoais, com a instalação nos apartamentos de cofres de segurança.

- 2) Desenvolvimento de documentos de registro das atividades por meio da implantação do histórico de enfermagem, da evolução diária, da rotina de anotação dos atendimentos executados e do plano de cuidados de enfermagem. Cada um destes documentos pressupõe a elaboração de uma série de levantamentos de informações que permitem ao profissional dispor de uma visão clara acerca do paciente e seu problema:

- 2.1) Histórico de enfermagem: roteiro sistematizado, preenchido pelo enfermeiro com os objetivos de conhecer hábitos individuais, de forma a facilitar o relacionamento do paciente com o corpo funcional e a sua adaptação à situação de internação; identificar os problemas passíveis de serem abordados pelo enfermeiro e tornar mais humana a interação enfermeiro-paciente. Sua aplicação deve ser estabelecida durante a admissão ou no máximo nas primeiras 24 horas da internação. É composto da entrevista inicial, avaliação física e descrição da percepção do enfermeiro a respeito do processo de aplicação e levantamento de dados.

- 2.2) Evolução diária de enfermagem: constituída pelo registro diário, durante seu plantão de trabalho, dos dados obtidos por meio de entrevista com o paciente e estudo das ocorrências e intercorrências dos períodos imediatamente anteriores, dos resultados de avaliações clínicas e de exames realizados e do exame físico de enfermagem. O roteiro sistematizado de execução desta atividade implica na anotação do dia e horário de internação; dia de pós operatório e tipo de cirurgia quando houver; relato do exame físico, das intervenções realizadas com o paciente na unidade; controles de peso, temperatura, frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, diurese, evacuações; balanço hídrico; e medicamentos que

demandem cuidados especiais de enfermagem como por exemplo nutrição parenteral, quimioterapia, anticoagulantes, drogas vasoativas etc.

- 2.3) Plano de cuidados de enfermagem: constituído pelo conjunto de ações a serem executadas diariamente. É elaborado pelo enfermeiro responsável pelo leito, tendo como base de apoio a história, evolução e prescrição de enfermagem. É executado no início das atividades diárias de enfermagem e contempla a definição, por escrito, de que medidas devem ser tomadas, em que horários e oportunidades, a quem se destinam e por que devem ser realizadas. São numerados em sequência, registrados junto ao prontuário do paciente e se referem às atividades não rotineiras do serviço das várias equipes de plantão.
- 2.4) Anotação de enfermagem: refere-se a todas as oportunidades em que o profissional, por qualquer motivo, teve a oportunidade de contato com o paciente. Caracteriza-se pelo registro destas intervenções, sempre que possível procurando enfatizar aspectos objetivos da relação. É cumulativa durante a internação e, frequentemente, constitui a principal fonte de informações na formulação do plano de cuidados de enfermagem. São obrigatórios os registros de tempo de atendimento e o momento em que este se realizou, e normalmente as ocorrências se referem a observações de movimentação de pacientes, transferências, altas e óbitos, além de queixas, notificação de acidentes, visitas médicas e cuidados de rotina.
- 3) desenvolvimento de novo modelo de atendimento do profissional de enfermagem com a vinculação deste a um número pré-determinado de pacientes, com que se propõe mantenha constância de relacionamento. A proposição implícita nesta forma de atuação é a de aproveitar os aspectos positivos estabelecidos no relacionamentos entre enfermeiros e pacientes, mantendo a possibilidade do estabelecimento de relações mais envolventes entre profissionais e seus clientes. O modelo funciona com a fixação do operador aos pacientes, sendo o mesmo responsável pelos cuidados de enfermagem durante toda a sua estada no hospital. Desta forma, a execução das rotinas e procedimentos, bem como o registro de todas as ocorrências passa a ter responsabilidade definida e identificável.

Para que este aspecto do modelo pudesse ser implantado houve necessidade de modificações nos padrões de carga horária de trabalho constituindo-se novos turnos de serviços de 8 horas diárias, em que cada paciente relaciona-se no máximo com 4 profissionais diferentes, sendo seu vínculo estabelecido diretamente com estes. Tal dinâmica possibilita a maior interação entre os atores e a elevação do padrão de comunicação interpessoal. As queixas levantadas são discutidas pelo grupo responsável pelo atendimento e o conhecimento das necessidades do usuário torna-se muito mais homogêneo. Além disto, os novos padrões dos programas de treinamento passaram a incorporar técnicas de avaliação dos relacionamentos e promoção da integração entre profissionais e usuários como por exemplo análise transacional e psicodrama, com o intuito de inserir no atendimento a preocupação com os aspectos psicológicos e culturais dos contatos estabelecidos.

No plano técnico, a criação da ficha de notificação de ocorrências adversas aos pacientes com amplitude de cobertura de informações bastante abrangente, e de preenchimento voluntário pelos profissionais de enfermagem possibilitou a abertura de espaço de busca e discussão das questões relativas às ocorrências não conformes. Esta ficha, conforme pode se constatar no anexo III, prevê a clara identificação do paciente, o vínculo funcional da ocorrência, o tipo de ocorrência e seus efeitos imediatos, as condições desfavoráveis associadas, se houve ou não dano à integridade física e a proposição de medidas de correção.

A partir de julho de 92, a aplicação de questionários sobre ocorrências adversas e da ficha de levantamento de informações possibilitaram o estabelecimento da primeira série histórica documentada acerca das ocorrências adversas aos pacientes. O processo de treinamento da implantação do modelo envolveu todo o corpo funcional, sendo responsabilidade dos profissionais de nível universitário de cada unidade o controle. Foram levantados neste período informações acerca de acidentes ocorridos, erros na utilização de materiais e medicamentos, inadequações de diagnóstico e terapia prescritas, aparecimento de novas condições não presentes na admissão e referências de insatisfação dos pacientes com o serviço. Os números obtidos foram relacionados ao volume de pacientes/dia efetivamente utilizados nos meses em questão chegando-se desta forma à relação percentual passível de comparação a dados de literatura internacional que utilizam os mesmos parâmetros.

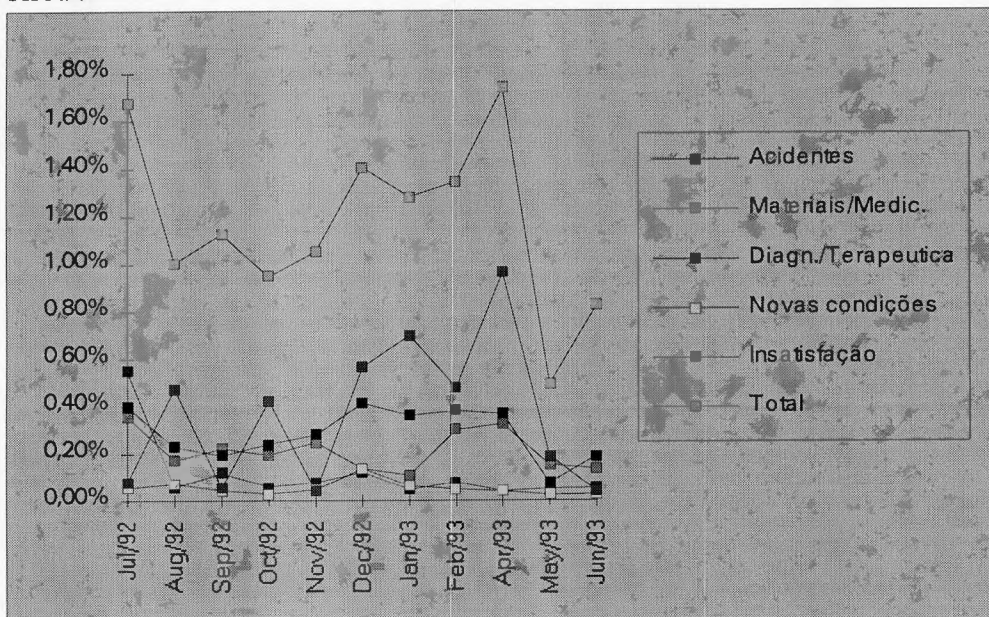
**Tabela 3 - Número de ocorrências adversas aos pacientes.
Julho/92 a Junho/93**

MES	Jul/92	Aug/92	Sep/92	Oct/92	Nov/92	Dec/92	Jan/93	Feb/93	Apr/93	May/93	Jun/93	total
Pacientes/dia	7288	6953	6734	6637	6441	6533	6387	6301	7363	7911	7378	83625
Acidentes	4	4	8	4	5	8	3	5	3	4	4	60
Materiais/Medicamentos	26	12	15	13	16	9	7	19	24	12	10	196
Diagnóstico/Terapêutica	29	16	13	16	18	27	23	24	27	6	114	242
Novas condições	4	5	3	2	3	9	4	3	3	2	2	42
Insatisfação	59	33	37	28	26	39	45	30	71	15	31	502
Total	122	70	76	63	68	92	82	85	128	39	61	1042

Fonte: Departamento de Enfermagem.

Ao estudar-se a tabela 3 pode se constatar que foram registradas 1042 oaps. para um total de 83125 pacientes/dia, com conseqüente incidência de 12,4 ocorrência por 1000 pacientes/dia, dado relativamente inferior ao da literatura internacional. Constatou-se também que 502 (48,1%) relacionavam-se à insatisfação, 242(23,2%) a questões de diagnóstico e terapêutica instituída, 196(18,8%) à problemas com insumos materiais e medicamentos e 60 (5,7%) relacionaram-se a acidentes como por exemplo quedas e saídas de catetêres centrais.

Gráfico 12 - Percentual de OAPs X Pacientes/dia X Tipo de ocorrência



As observações pertinentes ao gráfico permitem concluir que houve um elevado numero de registros no mes de implantação com queda subsequente. Em março de 93, com um novo esforço de treinamento e orientação acerca das vantagens do modelo pode ser observado novo pico de relatos de OAPs. O estudo das dificuldades constatadas nesta fase de introdução detectou vários fatores que interferiram com a adesão do grupo de enfermagem ao modelo. São eles:

- 1) Resistência da equipe em admitir suas próprias falhas,
- 2) Tendência a supernotificação de falhas de outras equipes,
- 3) Medo de punições,
- 4) Acentuação do comportamento corporativo,
- 5) Dúvidas e dificuldade de preenchimento.

Como consequência o grupo gestor do modelo decidiu introduzir uma série de modificações no formulário tendo como fenômeno orientador a necessidade de abrangência de informações tais como:

- 1) Identificação concreta do paciente e profissional envolvido,
- 2) Descrição minuciosa do evento,
- 3) Identificação dos fatores causais e relacionados,
- 4) Descrição das ações e medidas sugeridas para correção.

O modelo passou a incorporar a busca de informações de maior especificidade que possibilitassem maior atuação no sentido de diminuição dos riscos de OAPs. A mudança implantada possibilitou a identificação de ocorrências vinculadas a administração de sangue e hemoderivados, ao uso de medicamentos e a presença de fatores desfavoráveis ao atendimento. Novo processo de treinamento foi executado e à partir de Agosto de 93 passou-se a nova fase de levantamento de informações.

Tabela 4-Numero de Ocorrências Adversas Agosto-Dezembro 1993

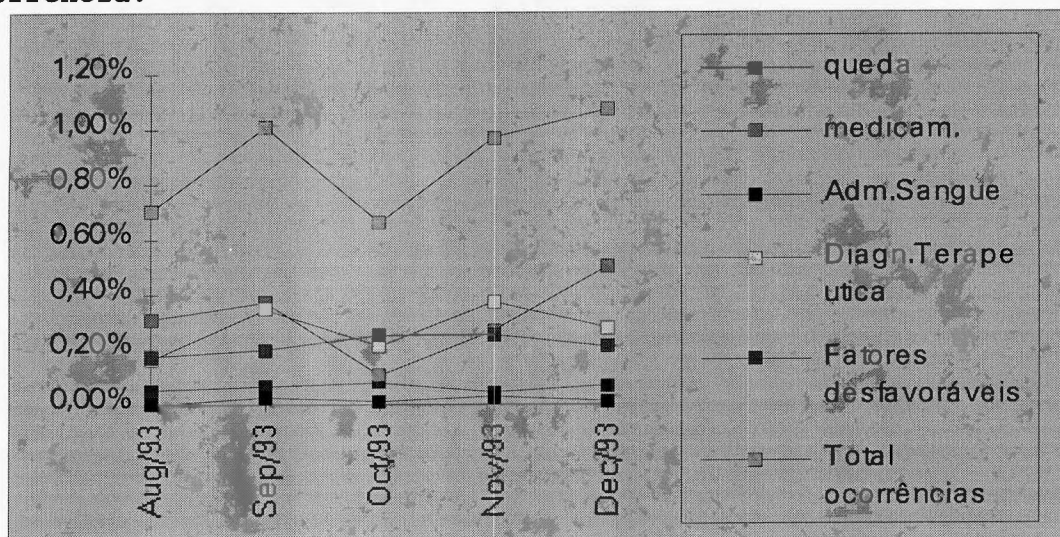
	Aug/93	Sep/93	Oct/93	Nov/93	Dec/93	Total
PACIENTES DIA	7402	7527	7554	6689	7168	26240
queda	4	5	6	3	5	23
medicam.	23	28	8	18	36	113
Adm.Sangue	0	2	1	2	1	6
Diagn.Terapeutica	12	26	16	25	20	99
Fatores desfavoráveis	13	15	19	17	15	79
Total ocorrências	52	76	50	65	77	320

Fonte: Departamento de Enfermagem.

Os dados obtidos com a utilização da nova sistemática possibilitaram a detecção de 320 OAPs no período, sendo que 113 (35,3%) estavam relacionadas a medicamentos indevidamente administrados, 99 (30,9%) a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, 79 (24,7%) a fatores desfavoráveis ao atendimento, 23 (7,2%) a quedas e 6 (1,9%) a administração de sangue e hemoderivados.

No gráfico seguinte estão apresentadas em termos percentuais a relação entre OAPs, pacientes dia e tipos de ocorrência

Gráfico 13 - Percentual de OAPs X Pacientes/dia X Tipo de ocorrência.



Os dados coletados permitem a elaboração de rotinas e normas documentadas acerca dos procedimentos, além da concentração dos esforços de treinamento nas áreas de maior incidência de eventos não conformes. Apresentam ainda a possibilidade de definição de grupos de risco, com consequente implantação de modelo de discussão com as várias especialidades profissionais participantes do atendimento para formulação de protocolos com maior padronização e controles de atividades.

Com referência aos vários grupos de OAPs descritos, a identificação dos eventos permite esclarecer as causas de cada um deles e a instalação de medidas de correção e prevenção. Em relação a quedas acidentais, constatou-se que sua incidência é maior em pacientes idosos e com comprometimento do estado de consciência. Quando de internações com este perfil procede-se à classificação do leito como passível de risco para este tipo de evento. Afixa-se placa informativa à beira do leito, informando esta possibilidade, e o nível de alerta do profissional envolvido com a atendimento torna-se fator de controle do risco. O mesmo tipo de atitude é tomada em relação a pacientes alérgicos a medicamentos ou que tenham apresentado em outras internações reações transfusionais. Com relação a problemas com atividades de diagnóstico e apoio terapêutico são identificadas as situações em que ocorreram os erros, se relacionados a rotinas de identificação do paciente ou a procedimentos de enfermagem, e estabelecidos protocolos de correção dos fatores. No que se refere aos fatores desfavoráveis ao atendimento são identificadas as causas relacionadas, suas origens e processadas novas rotinas de correção. O exemplo mais comum é o da observação de falhas estruturais de comunicação decorrentes de problemas técnicos. O conserto de intercomunicadores é providenciado quando

necessário e, na ausência da possibilidade de sua utilização, o profissional responsável pelo atendimento passa a exercer papel de vigilância mais direta acerca das condições dos internados sob sua responsabilidade.

O grupo de qualidade em enfermagem promove constantes reuniões de acompanhamento do modelo com os vários níveis de supervisão das unidades de internação procurando identificar quais os problemas observados, e instituir correções ou mudanças quando necessário. Instituiu-se ainda um sistema de auditoria de qualidade que procura acompanhar "in loco" as eventuais falhas que podem estar ocorrendo com o processo. Sua atuação é caracterizada pela constância e independência em relação às relações formais de autoridade e hierarquia das unidades.

6.5- O modelo do serviço de atendimento ao cliente.

O Serviço de Atendimento ao Cliente (S.A.C) foi estruturado em 1991 com o intuito de dotar a administração do hospital de instrumentos que permitissem a avaliação e mensuração dos fenômenos que envolvem a visão dos usuários acerca dos serviços prestados. Sua instalação foi decorrente da necessidade de dar forma mais consistente à observação de que os pacientes eram a parte mais importante do processo de prestação de serviços, constituindo de fato a razão de ser da Instituição.

Até aquela época, o tratamento dispensado às reclamações e queixas presentes nos atendimentos caracterizava-se por uma atuação empírica, baseada em práticas de solução das situações emergenciais, desprovida de metodologia normatizada e carente de parâmetros. Como consequência o trabalho executado nesta área era caracterizado por atributos que conduziam ao desgaste dos profissionais e administradores, como por exemplo o desencadeamento de situações de pressão e estresse, a descordenação entre observações e medidas práticas, a ausência de programas de soluções administrativas abrangentes e o risco de comprometimento da imagem da organização perante seus usuários.

A administração procurou implantar então, através da criação do serviço, um sistema de aferição do nível de satisfação do cliente/paciente através da busca ativa de informações, com contratação de pessoal para proceder a visita dos quartos com entrevistas aos usuários dispostos a contribuir, quer fossem pacientes ou acompanhantes. Nesta fase, os modelos de obtenção de dados eram caracterizados por subjetividade e inconstância, e os resultados obtidos não permitiam o estabelecimento de formas e mecanismos de mensuração estatística dos eventos, ou sua associação com práticas operacionais ou setores prestadores de serviços. Um aspecto positivo nesta fase foi tornar possível a identificação de quais as principais queixas e problemas que se apresentavam, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de modelos de avaliação baseados na impressão dos usuários.

Uma das constatações importantes foi a de que as principais necessidades, no que se refere à qualidade de serviços, para as pessoas que se utilizavam do hospital, se vinculavam muito mais aos aspectos de hotelaria e conforto disponíveis do que aos aspectos técnicos propriamente ditos da prestação.

Foi criado então novo modelo de pesquisa e obtenção de dados que procurava contemplar avaliações de processos vinculados à acessibilidade do hospital aos usuários, qualidade de fornecimento de suporte nutricional, lazer, conforto das instalações físicas, sistemas de financiamentos e preços dos serviços, prontidão e presteza do atendimento, além de aspectos técnicos dos serviços. Este modelo baseava-se na entrega, no ato de internação do paciente, de questionário em que se apresentava questões relacionadas ao nível de satisfação/insatisfação observado durante o período de sua permanência no hospital.

Procurou-se estabelecer um mapa referencial acerca de 3 grandes grupos de serviços:

- 1) O primeiro envolvendo departamentos e processos que permitissem diagnósticos de situação da estrutura física da organização, como por exemplo queixas vinculadas ao estacionamento, aos serviços de elevadores, às instalações, aos serviços de telefonia, aos sistemas de exibição de canais de TV e vídeo e à qualidade dos equipamentos diagnósticos.
- 2) O segundo tratando de processos e rotinas que se vinculassem à qualidade de serviços de apoio e suporte, como por exemplo questões relacionadas aos aspectos de paladar, apresentação visual, temperatura e conservação dos alimentos fornecidos, padrões de limpeza das unidades de internação, serviços de recepção e admissão de pacientes, alta e fechamento de contas hospitalares e qualidade dos insumos médicos.
- 3) O terceiro abrangendo a visão com que os usuários percebem os serviços técnicos que lhes estão sendo prestados, como por exemplo a qualidade do atendimento médico e de enfermagem, os padrões dos serviços de primeiro atendimento e dos centros de diagnósticos.

O questionário aplicado baseava-se na classificação das observações segundo os critérios de insatisfatório, satisfatório e acima das expectativas, abrindo a possibilidade de fornecimento de opiniões e sugestões acerca de cada um dos itens pesquisados. Concomitantemente o sistema de entrevistas mantinha aberto o canal de comunicação para que as observações de caráter subjetivo pudessem ser mantidas. Os relatos individuais de eventos poderiam ser considerados como uma das formas de controle de consistência do método já que se constatou que, do total de questionários distribuídos, a frequência de retorno situava-se na faixa de 25% do total.

Os dados obtidos eram relacionados ao número total de internações e diagramas de análise dos percentuais de

insatisfação observada em cada item pesquisado eram formulados e apresentados à administração com periodicidade mensal. O acompanhamento da evolução destes gráficos era insatisfatório, na medida em que não permitia o estabelecimento de relações causais concretas entre os eventos não conformes e as rotinas de atendimento.

A partir de dezembro de 93, com a utilização da metodologia de acompanhamento de séries históricas através dos diagramas de Shewhart, foi possível dispor de um instrumento de valoração dos eventos e suas relações, permitindo à administração assumir um papel mais efetivo de controle dos processos e implementar medidas de correção abordando aspectos estruturais e conceituais dos serviços. Isto tornou-se possível devido à estratificação das observações pelos departamentos com a associação entre os gráficos observados e as principais queixas, além da implantação de programas de metas de correção de médio e longo prazos.

A análise destes desempenhos abre a possibilidade da intervenção administrativa por meio da correção dos problemas detectados, além da implementação de programas de treinamento especialmente desenvolvidos para a qualidade.

O cliente da organização pertence a classes sociais cujo espectro cultural e níveis de formação e informação exigem do serviço rapidez na identificação de problemas e de novas situações. Como decorrência, o desenvolvimento de mentalidade de mudança do modelo em função das características que se vai observando à medida que o processo se desenrola passa a ser essencial a todos os que com ele trabalham. A criação de um sistema que disponha da possibilidade de atualizações constantes na sua configuração passa a ser discutida no momento atual e as modificações a serem implementadas devem incluir propostas de classificação mais detalhada das informações e processos.

Descrição de exemplos das observações relacionadas à diagnósticos estruturais.

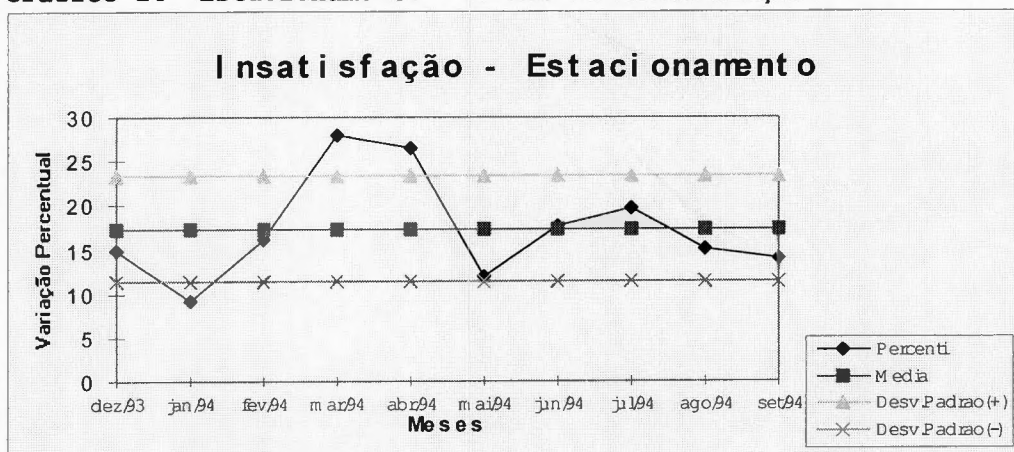
Queixas relacionadas ao estacionamento

Tabela 5- Estacionamento - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	14,96%	9,14%	16,19%	27,96%	26,53%	12,03%	17,75%	19,76%	15,06%	13,95%
	nº	35	17	45	92	78	48	41	50	36	36
Satisfatório	%	37,61%	37,10%	58,27%	60,18%	46,60%	62,91%	58,44%	62,06%	61,09%	62,79%
	nº	88	69	162	198	137	251	135	157	146	162
Acima das Expectativas	%	10,68%	16,67%	11,15%	7,60%	8,84%	12,28%	9,96%	5,53%	9,62%	15,12%
	nº	25	31	31	25	26	49	23	14	23	39
Sem resposta	%	36,75%	37,10%	14,39%	4,26%	18,03%	12,78%	13,85%	12,65%	14,23%	8,14%

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 14- Estacionamento - Nivel de Insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Um dos serviços que apresenta maior frequência de queixas pelos pacientes e usuários é o relacionado aos estacionamentos e zeladoria de veículos. As principais reclamações referem-se à pouca disponibilidade de vagas oferecidas, à qualidade dos serviços de manobristas e seguros e aos preços cobrados. A média de insatisfação em relação a este item tem se situado em torno de 17,33% com desvio padrão de 5,98%. A observação de taxas acima dos limites estabelecidos nos meses de março e abril de 94 coincidiram com períodos de altas taxas de ocupação do hospital e eventos vinculados a reformas para ampliação do parque de estacionamentos.

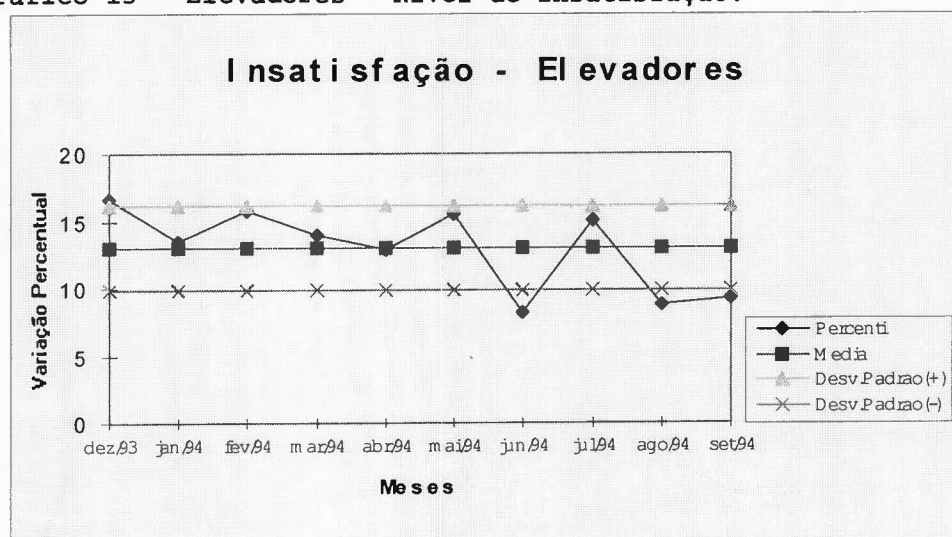
Queixas relacionadas aos serviços de elevadores.

Tabela 6 - Elevadores - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	16,67%	13,44%	15,83%	13,98%	12,93%	15,54%	8,23%	15,02%	8,79%	9,30%
	nº	39	25	44	46	38	62	19	38	21	24
Satisfatório	%	58,55%	61,29%	59,71%	66,57%	61,22%	59,40%	63,20%	63,24%	61,92%	62,40%
	nº	137	114	166	219	180	237	146	160	148	161
Acima das Expectativas	%	12,82%	18,28%	17,27%	17,33%	15,31%	16,54%	20,78%	15,81%	18,83%	23,26%
	nº	30	34	48	57	45	66	48	40	45	60
Sem resposta	%	11,97%	6,99%	7,19%	2,13%	10,54%	8,52%	7,79%	5,93%	10,46%	5,04%
	nº	28	13	20	7	31	34	18	15	25	13

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 15 - Elevadores - Nivel de Insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

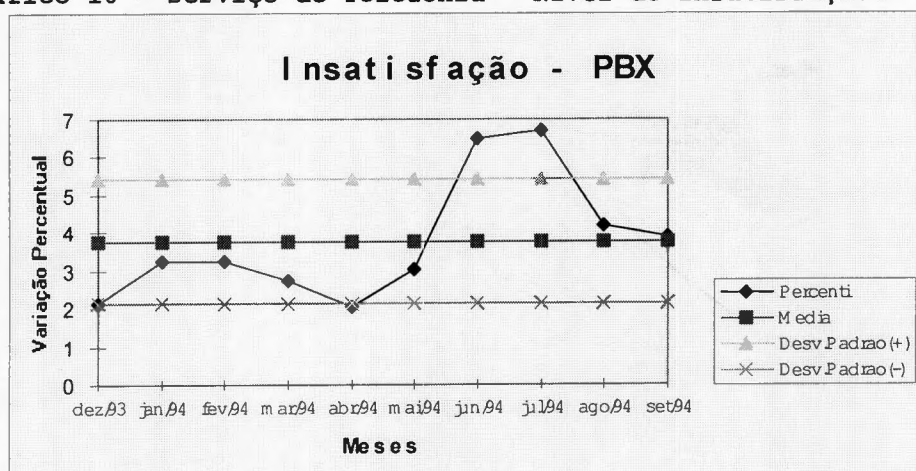
O hospital tem seus serviços instalados em 3 edifícios, tendo sido o primeiro construído no final dos anos 60 com 13 pavimentos, o segundo no início dos anos 80 com 5 pavimentos e o terceiro (anexo ao primeiro) com 6 pavimentos. Dispõe ainda de serviços instalados nos 4 andares inferiores de um quarto edifício, em construção, que futuramente irá incorporar mais 16 pavimentos. O problema da circulação de pacientes e pessoas por unidades dispostas em todas as construções tem se mostrado como uma das mais importantes fontes de reclamações por parte de usuários. O dimensionamento de serviços de transportes verticais tem passado por fases de estudo e planejamento de novas formas de adequação; contudo a observação dos índices de insatisfação pode demonstrar a relativa dificuldade de trabalho com este aspecto estrutural. Os índices médios tem sido de 12,97% de insatisfação com relação a estes serviços com desvio padrão de 3,11%.

Queixas relacionadas aos serviços de telefonia.

Tabela 7 - Serviço de Telefonia - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	2,14%	3,23%	3,24%	2,74%	2,04%	3,01%	6,49%	6,72%	4,18%	3,88%
	nº	5	6	9	9	6	12	15	17	10	10
Satisfatório	%	55,13%	50,54%	55,04%	51,98%	48,64%	49,37%	47,62%	52,57%	50,63%	49,22%
	nº	129	94	153	171	143	197	110	133	121	127
Acima das Expectativas	%	31,20%	34,41%	32,37%	33,43%	29,25%	30,33%	30,74%	27,27%	27,62%	32,56%
	nº	73	64	90	110	86	121	71	69	66	84
Sem resposta	%	11,54%	11,83%	9,35%	11,85%	20,07%	17,29%	15,15%	13,44%	17,57%	14,34%
	nº	27	22	26	39	59	69	35	34	42	37

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 16 - Serviço de Telefonia - Nível de insatisfação.

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

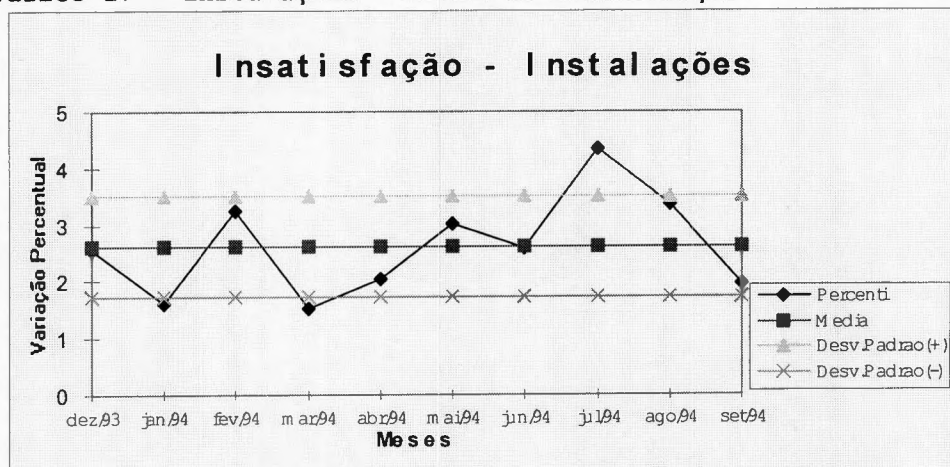
Com referência aos serviços de atendimento telefônico a média de atendimentos insatisfatórios no período estudado foi de 3,77% com d.p. de 1,64%. As principais queixas formuladas referem-se à lentidão e aos erros frequentes observados no sistema de transferências de ligações e ao elevado número de insucessos na tentativa de contatos com serviços especializados. A estrutura de equipamentos disponível até o mês de junho era obsoleta, época em que ocorreu a sua substituição por novo sistema computadorizado com um número maior de troncos. É importante salientar que durante esta mudança o perfil de queixas observado no gráfico acima excedeu o limite de tolerância arbitrado pela administração, porém somente com a observação em próximos meses poder-se-á estabelecer relação causal entre a entrada do novo sistema em operação e eventuais alterações nas ocorrências não conformes.

Queixas relacionadas às instalações físicas.

Tabela 8 - Instalações- Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	2,56%	1,61%	3,24%	1,52%	2,04%	3,01%	2,60%	4,35%	3,35%	1,94%
	nº	6	3	9	5	6	12	6	11	8	5
Satisfatório	%	53,85%	55,91%	49,28%	56,53%	53,74%	48,62%	51,95%	49,01%	48,12%	48,06%
	nº	126	104	137	186	158	194	120	124	115	124
Acima das Expectativas	%	40,17%	37,63%	42,09%	39,82%	36,73%	41,60%	40,26%	42,69%	40,59%	45,35%
	nº	94	70	117	131	108	166	93	108	97	117
Sem resposta	%	3,42%	4,84%	5,40%	2,13%	7,48%	6,77%	5,19%	3,95%	7,95%	4,65%
	nº	8	9	15	7	22	27	12	10	19	12

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 17 - Instalações - Nível de insatisfação.

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

As principais queixas relacionadas às instalações físicas referem-se a problemas decorrentes da idade das construções e das redes de distribuição de água e eletricidade. Além disto são comuns os pedidos para instalação de equipamentos de ar condicionado e/ou climatizadores, consertos nos sistemas de persianas, melhoria nos sistemas de mistura de água e das instalações sanitárias. Apesar da administração ter desenvolvido rotina de avaliação dos quartos envolvendo a camareira do andar, o pessoal da manutenção do edifício e da assistência técnica eletrônica, devido à elevação das taxas de ocupação observada nos últimos meses, torna-se frequente a liberação para internação de unidades que ainda apresentam problemas. O acesso aos quartos ocupados é extremamente desagradável e as soluções técnicas carecem de planejamento para que sejam efetuadas nos dias de menor ocupação (especialmente fins de semana). A média de reclamações envolvendo instalações tem se situado em 2,62% com desvio padrão de 0,89 %.

Descrição de exemplos de observações relacionadas a processos produtivos.

De maneira geral, pode se verificar que a documentação escrita dos vários processos e práticas de atuação ainda não está organizada efetivamente. Existem departamentos e serviços que ainda baseiam sua atuação em comportamentos ditados pelos usos e costumes da organização. O modelo desenvolvido de levantamento de opiniões e conceitos através dos quais os usuários percebem a instituição procurou suprir esta falha com a criação de questionários padronizados. Os serviços avaliados seguem-se abaixo:

Serviço de nutrição e dietética.

Dentre os vários procedimentos e serviços desenvolvidos pelo Snd.foram avaliadas a qualidade dos alimentos, a lanchonete social e os serviços de fornecimento de refeições e lanches de copas para pacientes e acompanhantes. Foram levantadas questões envolvendo aspecto e apresentação das refeições servidas aos pacientes, a presteza no fornecimento de lanches e requisições alimentares e a cordialidade e atenção com que os contatos entre trabalhadores destes serviços atendiam as requisições.

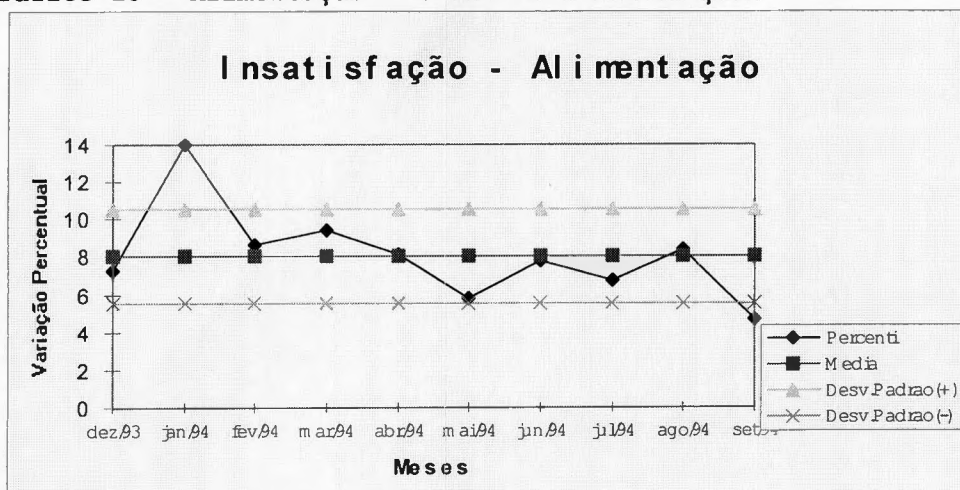
Queixas relacionadas à alimentação

Tabela 9 - Alimentação - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	7,26%	13,98%	8,63%	9,42%	8,16%	5,76%	7,79%	6,72%	8,37%	4,65%
	nº	17	26	24	31	24	23	18	17	20	12
Satisfatório	%	58,97%	45,16%	55,76%	49,85%	41,84%	50,88%	47,62%	49,41%	42,68%	50,00%
	nº	138	84	155	164	123	203	110	125	102	129
Acima das Ex-	%	29,49%	37,63%	28,42%	39,21%	33,33%	31,83%	32,47%	33,99%	30,96%	38,37%
pectativas	nº	69	70	79	129	98	127	75	86	74	99
Sem resposta	%	4,27%	3,23%	7,19%	1,52%	16,67%	11,53%	12,12%	9,88%	17,99%	6,98%
	nº	10	6	20	5	49	46	28	25	43	18

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 18 - Alimentação - Nível de insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

As principais queixas observadas relacionavam-se ao aspecto dos utensílios de serviços ("velhos e feios"), ao tempo de demora de atendimento e à temperatura dos alimentos. Uma outra crítica referia-se a pouca criatividade dos cardápios e à obrigatoriedade de serviço "Kasher" mesmo aos pacientes que não professassem a fé judaica.

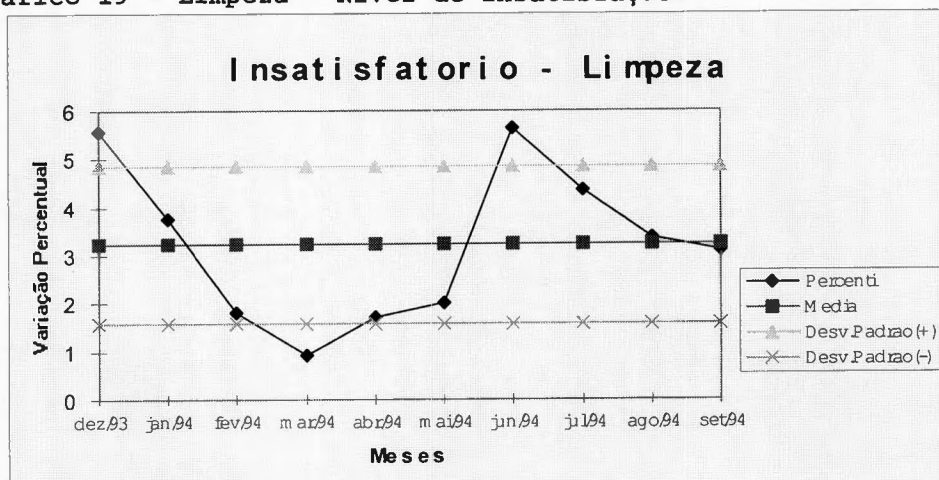
Queixas relacionadas à limpeza das unidades de serviços.

Tabela 10 - Limpeza - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	5,56%	3,76%	1,80%	0,91%	1,70%	2,01%	5,63%	4,35%	3,35%	3,10%
	nº	13	7	5	3	5	8	13	11	8	8
Satisfatório	%	48,29%	47,31%	50,36%	57,45%	53,74%	49,12%	42,42%	47,43%	50,21%	45,35%
	nº	113	88	140	189	158	196	98	120	120	117
Acima das Expectativas	%	42,74%	45,70%	42,09%	41,03%	38,10%	44,61%	46,32%	44,66%	41,42%	47,29%
	nº	100	85	117	135	112	178	107	113	99	122
Sem resposta	%	3,42%	3,23%	5,76%	0,61%	6,46%	4,26%	5,63%	3,56%	5,02%	4,26%
	nº	8	6	16	2	19	17	13	9	12	11

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 19 - Limpeza - Nível de insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

As pesquisas envolvendo a limpeza das unidades de internação abordam questões relacionadas à qualidade dos processos de higienização dos quartos e banheiros, a frequência com que medidas não rotineiras de tratamento ambiental são tomadas, à presença ou ausência constatada de insetos e outros agentes e às chamadas de pessoal para medidas específicas de desinfecção ou limpeza. As queixas mais frequentemente detectadas tem se referido à superficialidade com que os banheiros são sanitizados, à presença de insetos nos apartamentos e ao nível de ruídos durante o processo de lavagem dos corredores.

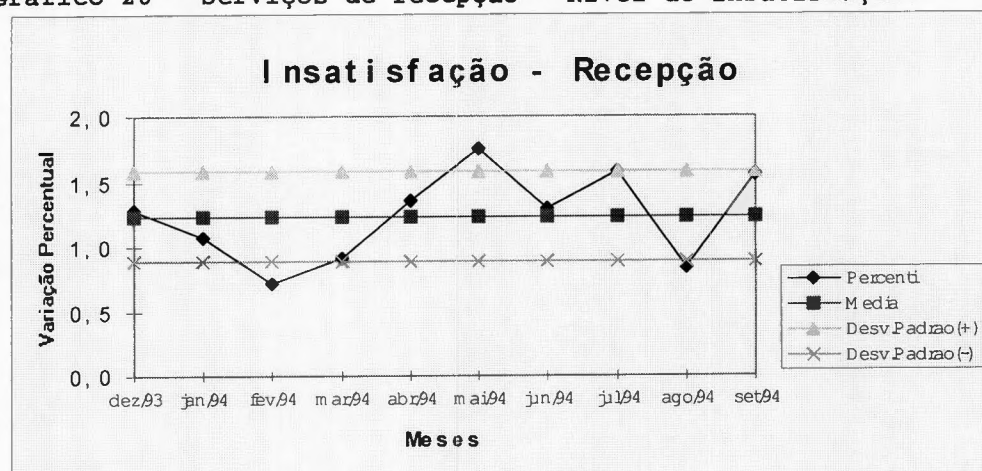
Queixas relacionadas aos serviços de recepção aos pacientes.

Tabela 11 - Serviços de recepção - Distribuição percentual de respostas.

	dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação	76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas	234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório										
%	1,28%	1,08%	0,72%	0,91%	1,36%	1,75%	1,30%	1,58%	0,84%	1,55%
nº	3	2	2	3	4	7	3	4	2	4
Satisfatório										
%	52,14%	55,91%	53,96%	60,18%	54,76%	56,14%	52,38%	59,29%	54,81%	48,84%
nº	122	104	150	198	161	224	121	150	131	126
Acima das Expectativas										
%	38,03%	38,71%	36,69%	37,39%	35,71%	37,09%	41,99%	35,18%	38,91%	46,51%
nº	89	72	102	123	105	148	97	89	93	120
Sem resposta										
%	8,55%	4,30%	8,63%	1,52%	8,16%	5,01%	4,33%	3,95%	5,44%	3,10%
nº	20	8	24	5	24	20	10	10	13	8

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 20 - Serviços de recepção - Nível de insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Em relação aos serviços de recepção de pacientes foram abordadas questões relacionadas aos aspectos de cordialidade e presteza do atendimento, à clareza das orientações e informações fornecidas, à apresentação pessoal dos recepcionistas e ao serviço de acompanhamento de pacientes com dificuldade de deambulação. As principais queixas observadas vinculavam-se à demora no atendimento e ao desconhecimento de parte dos serviços disponíveis.

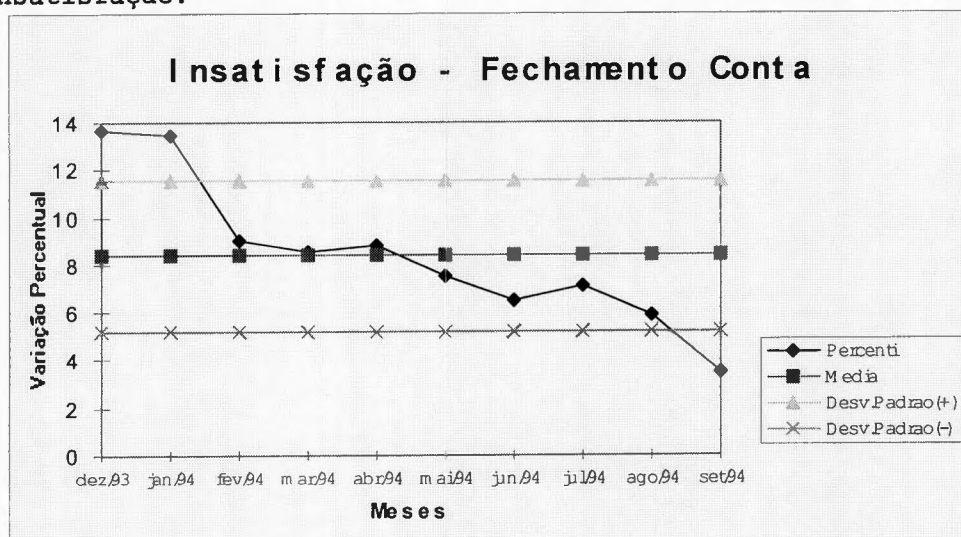
Queixas relacionadas aos serviços de fechamento de contas hospitalares.

Tabela 12 - Serviço de fechamento de contas hospitalares - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Apuradas											
Insatisfatório	%	13,68%	13,44%	8,99%	8,51%	8,84%	7,52%	6,49%	7,11%	5,86%	3,49%
	nº	32	25	25	28	26	30	15	18	14	9
Satisfatório	%	59,83%	58,06%	31,29%	27,66%	28,91%	27,07%	30,74%	28,06%	25,52%	29,46%
	nº	140	108	87	91	85	108	71	71	61	76
Acima das Expectativas	%	15,38%	15,59%	12,59%	12,46%	11,56%	13,78%	13,42%	15,81%	16,32%	15,89%
	nº	36	29	35	41	34	55	31	40	39	41
Sem resposta	%	11,11%	12,90%	47,12%	51,37%	50,68%	51,63%	49,35%	49,01%	52,30%	51,16%
	nº	26	24	131	169	149	206	114	124	125	132

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 21 - Serviço de fechamento de contas hospitalares - Nível de insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

O serviço de controle e fechamento de contas hospitalares é caracterizado por um forte componente de confrontação entre usuários e organização em função das possíveis incompatibilidades existentes entre os serviços prestados e efetivamente cobrados. Especialmente para pacientes conveniados cujos planos de cobertura não sejam abrangentes, a ocorrência de cobrança de contas suplementares tem se constituído em fator de aumento do número de reclamações. Neste setor são avaliados aspectos do relacionamento dos funcionários com os usuários, exatidão na conferência das contas e aspectos relativos às informações dos planos de assistência médica. Em junho de 94 a administração instituiu novo modelo de cobrança bancária que causou sensível diminuição do número de queixas e de pacientes inadimplentes. As reclamações mais frequentes na fase anterior a esta implantação se relacionavam ao tempo de liberação administrativa dos pacientes em alta clínica, à apresentação precipitada de

cheques e depósitos de garantia e à indisponibilidade de aceitação de pagamentos em moedas estrangeiras.

Descrição de exemplos das observações relacionadas aos aspectos técnicos do atendimento.

O modelo procurou, a partir de orientação da administração, instituir pesquisas que permitissem apurar a visão que os usuários e clientes detêm acerca da qualidade dos serviços técnicos. Tais avaliações procuram agregar aos modelos mecanismos de controle de consistência entre as observações dos profissionais executantes e a forma com que os pacientes recebem os serviços. Basicamente são estudados os serviços de atendimento médico, os serviços de enfermagem, a qualidade de atendimento dos centros de diagnósticos médicos e do serviço de primeiro atendimento.

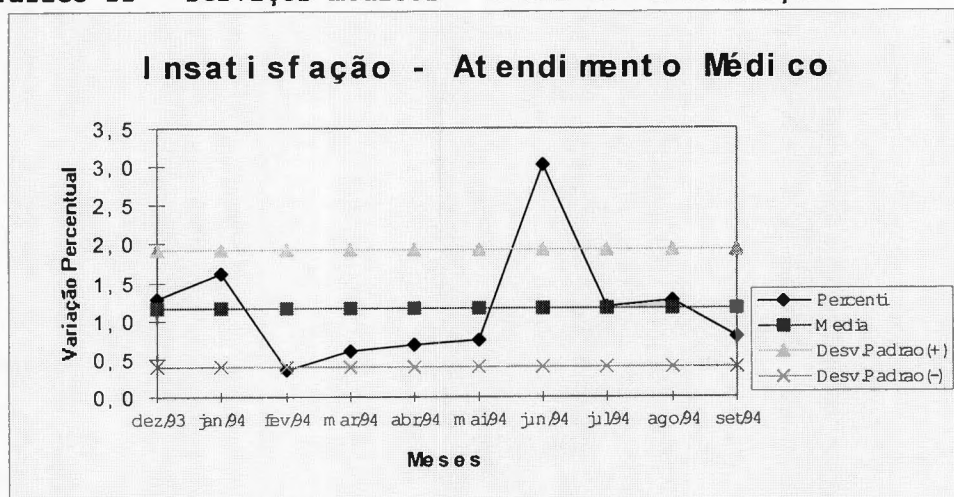
Queixas relacionadas aos serviços médicos

Tabela 13 - Serviços médicos - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	1,28%	1,61%	0,36%	0,61%	0,68%	0,75%	3,03%	1,19%	1,26%	0,78%
	nº	3	3	1	2	2	3	7	3	3	2
Satisfatório	%	25,64%	21,51%	25,18%	24,62%	27,21%	27,07%	24,68%	24,11%	24,27%	26,74%
	nº	60	40	70	81	80	108	57	61	58	69
Acima das Expectativas	%	61,54%	69,89%	64,03%	69,91%	62,93%	64,16%	66,67%	68,77%	68,20%	67,83%
	nº	144	130	178	230	185	256	154	174	163	175
Sem resposta	%	11,54%	6,99%	10,43%	4,86%	9,18%	8,02%	5,63%	5,93%	6,28%	4,65%
	nº	27	13	29	16	27	32	13	15	15	12

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 22 - Serviços médicos - Nível de insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

As observações mais pertinentes ao atendimento médico envolvem as questões relacionadas à presteza do atendimento, à garantia de confidencialidade de informações, ao respeito com que os pacientes são atendidos e à forma como as

informações e esclarecimentos acerca de seu estado de saúde lhe são passados. As queixas mais frequentemente detectadas referem-se à demora no atendimento, aos honorários médicos praticados por alguns profissionais e a ausência de especialistas consultores na Instituição em determinados períodos do dia

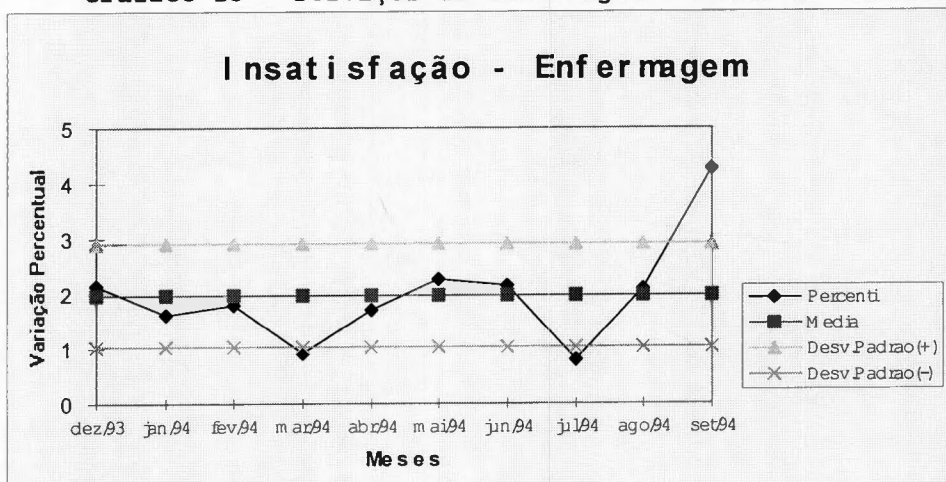
Queixas relacionadas aos serviços de enfermagem.

Tabela 14 - Serviços de enfermagem - Distribuição percentual de respostas.

		dez/93	jan/94	fev/94	mar/94	abr/94	mai/94	jun/94	jul/94	ago/94	set/94
% de Ocupação		76,87%	73,97%	83,93%	87,35%	86,21%	87,67%	95,63%	92,73%	93,01%	90,80%
Pesquisas Apuradas		234	186	278	329	294	399	231	253	239	258
Insatisfatório	%	2,14%	1,61%	1,80%	0,91%	1,70%	2,26%	2,16%	0,79%	2,09%	4,26%
	nº	5	3	5	3	5	9	5	2	5	11
Satisfatório	%	32,48%	31,18%	29,50%	28,88%	28,91%	28,32%	29,87%	32,02%	26,36%	28,68%
	nº	76	58	82	95	85	113	69	81	63	74
Acima das Expectativas	%	62,39%	65,05%	62,95%	69,60%	62,59%	64,91%	64,50%	62,06%	65,69%	64,34%
	nº	146	121	175	229	184	259	149	157	157	166
Sem resposta	%	2,99%	2,15%	5,76%	0,61%	6,80%	4,51%	3,46%	5,14%	5,86%	2,71%
	nº	7	4	16	2	20	18	8	13	14	7

Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

Gráfico 23 - Serviços de enfermagem - Nível de insatisfação.



Fonte: Serviço de Atendimento aos Clientes

As informações investigadas em relação aos serviços de enfermagem referem-se basicamente aos aspectos de cortesia e competência na execução de procedimentos, ao tempo de resposta às chamadas e à execução dos controles técnicos dos serviços. As reclamações mais frequentes são relacionadas ao barulho detectado nos postos de serviços, à demora no atendimento a chamadas e a pouca habilidade de comunicação acerca dos procedimentos.

6.6- Os Círculos de Controle de Qualidade no ambiente da organização.

A proposição de instalação de círculos de controle de qualidade como metodologia de aperfeiçoamento e promoção da qualidade dos serviços administrativos na organização deu-se a partir de reformulação administrativa ocorrida em 91 quando aconteceram uma série de alterações no processo de gerenciamento da organização. Os pressupostos iniciais implícitos no modelo relacionavam-se à valorização dos talentos dos colaboradores da organização, ao desenvolvimento da consciência de grupos e equipes de trabalho, à valorização da participação e do envolvimento dos funcionários administrativos e a detecção do potencial criativo e inovador dos componentes dos diversos ambientes de trabalho.

Os principais objetivos propostos nesta época referiam-se à melhora na qualidade dos serviços prestados, ao aumento da produtividade dos departamentos, ao desenvolvimento de mecanismos de comunicação mais efetivos, à democratização do espaço participativo dos funcionários e à tentativa de identificação de métodos mais racionais de trabalho com consequente redução dos desperdícios e de custos. Do ponto de vista da promoção pessoal procurou-se estimular políticas de auto desenvolvimento e de integração entre as pessoas de forma a atingirem-se os objetivos de melhoria nas formas de comunicação.

A primeira instância a ser trabalhada pelos proponentes do modelo foi a alta direção da organização através de seminários e cursos em que os resultados de programas semelhantes em outras instituições foram divulgados e estudados. Posteriormente um trabalho de conquista da adesão das chefias intermediárias se fez através de promoção de eventos de integração e discussão de papéis dos vários serviços presentes na organização. Utiulizou-se para isto de técnicas de análise transacional e de estudo das dificuldades dos vários ambientes para que se valorizasse o caráter de voluntariedade de adesão ao modelo. Numa terceira fase implantaram-se programas de treinamento e divulgação do método junto a todo o corpo de funcionários da instituição reforçando-se os aspectos de voluntariedade e de valorização da participação dos atores, tendo sido então definido o perfil do coordenador do projeto

A base de trabalho inclui a responsabilidade por detecção e identificação dos problemas em ambiente localizado, devendo ser mantida a participação de membros relacionados ao departamento em que tais problemas foram observados. O grupo de CCQ dedica-se à identificação, seleção,, análise dos

problemas, requisita ou não o concurso de especialista e propõe sob forma de recomendações as soluções que julga pertinentes à administração.

Sua dinâmica de atuação se faz através de reuniões periódicas dos grupos que constituem um líder, cujos papéis básicos são os de coordenar a atividade do grupo, estimular e motivar seus colaboradores, promover a participação de todos os integrantes e prover condições de realização dos trabalhos do grupo; e um secretário a quem compete registrar e anotar o andamento dos trabalhos, convocar as reuniões, organizar arquivos de registros, relatar os assuntos tratados e substituir o líder em seus impedimentos.

A administração, ao receber as sugestões dos grupos de CCQ deve procurar estabelecer análise das propostas apresentadas, sua viabilidade de implantação, os componentes de custos e economias relativas e, nos casos em que forem aceitos programas oriundos deste trabalho, procurar acompanhar os seus resultados.

As principais ferramentas metodológicas de trabalho devem ser de fácil compreensão e entendimento para todos os participantes e os principais instrumentos utilizados são o histograma, com o que se torna possível o registro cronológico evolutivo de eventos e a sua frequência, o diagrama de Pareto, que permite estratificar os eventos segundo sua importância, e o diagrama sequencial de Ishikawa que permite estabelecer em termos gráficos a sequência de realização de atividades, seus passos intermediários e possíveis relações de aferência e eferência (Diagrama dos 4 M ou de causa e efeito).

No modelo estudado, a responsabilidade de coordenação e estruturação metodológica coube ao departamento de desenvolvimento de recursos humanos do hospital, que recebeu para cumprimento deste trabalho recursos e apoio político. Procedeu-se a contratação de profissionais especializados na implantação deste tipo de sistemas e os aspectos de divulgação e projeção do modelo no ambiente da organização se caracterizaram pela forte ênfase na promoção participativa de todos os níveis operacionais.

7- ANÁLISE DOS MODELOS.

7.1 - A Questão do poder.

Observações sobre estrutura formal.

A constituição jurídica definida para a Sociedade Beneficente mantenedora contempla aspectos de assistência médica e hospitalar, atendimento a pessoas carentes e pacientes pagantes, além de atividades especiais vinculadas a educação e formação no campo da saúde e pesquisas médicas. Dispõe de uma estrutura de produção, cujas atividades incluem o atendimento médico hospitalar, uma faculdade de enfermagem, uma escola de auxiliares de enfermagem. Muitas das atividades de arrecadação de donativos, suporte psicológico e atendimento a pacientes carentes contam também com a participação de um corpo de voluntários.

A instância máxima de autoridade dentro da Sociedade é o seu Conselho Deliberativo, composto por cerca de 240 membros da comunidade, dele fazendo parte representantes da sociedade civil, médicos, empresários e religiosos da comunidade judaica. Este elege, a cada três anos, uma mesa administrativa cujo presidente é o responsável pelas políticas de gestão da Sociedade. A base da organização administrativa do hospital é a Superintendência, diretamente subordinada à mesa administrativa, com características intrinsecamente executivas. Os serviços a ela vinculados podem ser divididos em três grandes grupos:

1) Atividades fim do hospital: composto pelas gerências médica, de enfermagem e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

2) Serviços de apoio técnico: constituído pelos serviços de lavanderia e nutrição, subordinadas à gerência técnica administrativa, gerência de suprimentos e divisão de transportes.

3) Atividades de apoio administrativo: composto pelas gerências comercial, controladoria, departamento de marketing médico, laboratório de informática médica e recursos humanos.

Observações acerca das relações informais de poder

Em verdade a Instituição apresenta características de distribuição do poder que não estão exatamente enquadradas dentro da estrutura formal descrita acima. Por exemplo, é comum observar situações potenciais de conflito entre membros da diretoria e a superintendência, que em última instância deveria receber ampla procuração para exercer a gestão. Na prática, as linhas informais de exercício da autoridade dos vários atores têm tratamento privilegiado por várias razões, entre as quais:

1) Manutenção ainda nos dias atuais de elevado número de conselheiros fundadores da Sociedade mantenedora, acostumados à forma de atuação administrativa do início da Instituição, no começo da década de 60, onde as relações de amizade e conhecimento eram muito importantes.

2) Elevado número de conselheiros médicos, que por razões profissionais se caracterizam como os principais alimentadores das internações hospitalares, com consequente capacidade de influenciar os vários processo produtivos e administrativos do hospital.

3) Presença de conselheiros doadores , responsáveis pelo aporte de grande volume de recursos financeiros desde o início das atividades do hospital, e que mantem até o presente um forte possibilidade de influenciar decisões e políticas administrativas.

4) Forte inserção religiosa da comunidade israelita junto a administração, com a característica importante de condicionar práticas específicas, especialmente no que tange às orientações quanto ao preparo e distribuição de alimentos.

5) Elevada presença de profissionais médicos com alto grau de certificação acadêmica e científica atuando nos seus vários departamentos, o que propicia o desenvolvimento de ambientes em que as relações de hierarquia conferidas pela organização administrativa formal nem sempre prevaleçam.

6) Grande amplitude do corpo de enfermagem em relação às demais profissões presentes, o que lhe confere um alto grau de controle das opiniões e das políticas administrativas.

Todos estes aspectos foram competentemente administrados na fase inicial da instalação do Hospital, em função do seu próprio tamanho e do volume de pessoas que participavam do ambiente institucional. Porém, com o crescimento apresentado nos últimos anos, especialmente a partir de 1990, o controle

dos conflitos e a solução das situações que escapavam das rotinas instaladas passaram a constituir problema de difícil resolução.

Por estas e outras razões, pode-se observar uma dissociação entre as formas de atuação que caracterizavam a Instituição nos seus primórdios e as técnicas mais modernas de administração que estão sendo gradativamente implantadas. Neste contexto, a emergência de questões relacionadas a garantia da qualidade e seus componentes administrativos também implica num esforço considerável no sentido de equacionar os conflitos decorrentes.

Até muito recentemente, a ênfase na qualidade dos serviços estava centrada na abordagem estrutural, especialmente nas questões que envolviam aspectos de agregação de novos equipamentos e tecnologias, não se podendo notar até o início dos anos 90 grandes esforços para conferir a mesma importância à qualidade dos processos e dos resultados obtidos. Pode parecer paradoxal, porém este esforço de dotação do hospital de uma estrutura tecnologicamente avançada e com alto perfil de qualidade dos equipamentos e instalações médicas acabou se tornando em elemento importante de pressão pela implantação de modelos de garantia da qualidade nos outros níveis. As questões de confiabilidade dos processos e procedimentos disponíveis, assim como a eficácia, eficiência e efetividade observadas passaram a estar presentes em todos os ambientes em que se aplicaram modelos de controle e ou garantia da qualidade.

Desta forma, questões antes não devidamente valorizadas, como por exemplo os perfis de formação profissional dos agentes prestadores de serviços, sua remuneração, os mecanismos de recompensa e reconhecimento por parte da Instituição e a posição relativa dos profissionais em função da qualidade do seu trabalho, tornaram-se parte das conversas diárias de todos os que direta ou indiretamente se vinculavam ao hospital. Com estas discussões, as demais profissões de saúde presentes na Instituição passaram paulatinamente a ocupar maior espaço e receberem maior apreço pelos seus serviços. Consequentemente, ocorreu maior divisão sobre as linhas de influência e poder informais, criando desta forma mais dificuldades à administração do sistema produtivo. A administração do hospital vem, assim, enfrentando dificuldades crescentes na lida com as questões de poder presentes no seu ambiente de gestão.

7.2- Organização funcional.

A administração está estruturada em um tipo de organização de trabalho considerado profissional, sendo o superintendente e demais gerentes contratados com a finalidade de organizar a gestão administrativa. Pode ser identificada uma linha de comando e hierarquia que emana da superintendência e todos os processos produtivos, quer nas áreas de atividades fim, quer nas áreas de apoio técnico e administrativo, consolidam-se em práticas de trabalho que mantêm a produção da Instituição dentro de padrões aceitáveis.

Sob o ponto de vista funcional podem ser identificadas atividades a que são atribuída maior importância em relação às demais, como por exemplo, as atividades dos serviços de enfermagem, as atividades operacionais dos centros cirúrgicos, das unidades de internação e assistência direta aos pacientes, assim como a priorização do atendimento das necessidades e expectativas dos médicos titulares dos casos internados. Como consequência, estas atividades recebem quantitativa e qualitativamente um volume de investimentos e recursos sempre maior se comparado aos investimentos nas atividades de apoio, citando-se, por exemplo, a existência de programas específicos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos para as áreas de enfermagem e médica, em contraposição ao caráter genérico dos demais programas relacionados às áreas administrativas.

Os fluxos operacionais e de suprimentos de insumos encontram-se na sua grande maioria informatizados e a frequência de eventos de não conformidade junto a estas áreas é relativamente pequena. A observação do perfil de investimentos em sistemas da Instituição permite que se conclua que este programa procurou privilegiar as áreas clínico-cirúrgicas, além da administração financeira. Na atualidade estão em desenvolvimento novos sistemas e programas de informática para suprir as deficiências das áreas de apoio.

Os principais compradores de serviços são as instituições de seguros saúde, através do encaminhamento dos pacientes que buscam a assistência médica e hospitalar da Instituição. O relacionamento com estes agentes carece de maior definição e clareza, e apesar do hospital atender a um número relativamente grande de instituições deste tipo, inexistente, até o momento, um modelo de contrato específico que regule estas relações.

Neste aspecto, além disso, há que se considerar que o elemento que efetivamente encaminha e condiciona o atendimento é o médico titular do caso. Este detem um grande poder de indução sobre seu cliente e familiares. Em relação à Instituição, é este o profissional responsável por vários procedimentos e condutas que interferem diretamente com a produção de serviços. Isto pode se dar, por exemplo, através da prescrição qualificada, que induz a perfis de consumo de materiais e medicamentos a serem constantemente acompanhados pela administração do hospital.

Uma das tentativas de regularizar os padrões de fornecimentos de insumos se dá através das várias comissões de padronização de materiais do hospital que, estabelecendo critérios de qualificação e adequação dos fornecedores destes produtos, têm contribuído significativamente para a produção de serviços dentro de padrões de qualidade adequadas. Há contudo uma ressalva a ser feita: a baixa participação dos profissionais médicos nestas comissões.

A organização do sistema de abastecimento dos usuários se faz basicamente com a implantação de farmácias satélites, supridas diariamente pelo almoxarifado central, mediante envio de cópias das prescrições médicas. Com relação ao fornecimento de outros insumo de uso corrente, especialmente instrumental médico-cirúrgico, o hospital dispõe de um arsenal cirúrgico que supre, a partir dos centros de esterilização de materiais, todos os recursos essenciais às salas de cirurgia conforme programação elaborada e controlado por sistema de informática. Os equipamentos eletromédicos são controlados e revisados imediatamente antes e após o ato cirúrgico por pessoal especializado em engenharia clínica, com o intuito de manter funcionantes e em boas condições de uso todos os equipamentos em sala. O mesmo acontece com os equipamentos de anestesia e de suporte ventilatório pós operatório.

A administração dos departamentos vinculados à produção direta se faz através de gerências específicas. O departamento de enfermagem, em que se concentra o maior contingente de mão de obra especializada, dispõe no momento de mais de 800 funcionários, sendo a relação enfermeiro/leito de cerca de 3,5 a 4 funcionários por paciente internado. Isto ocorre em função das taxas de ocupação observadas no hospital que tem variado entre 65 e 90% da capacidade instalada.

O modelo de atendimento de enfermagem passou por uma reformulação no ano de 1991, responsável pela mudança da forma pela qual os profissionais médicos e usuários/pacientes passaram a encarar estes serviços. Acredita-se que tais

alterações foram muito importantes na definição dos parâmetros de qualidade nas unidades de internação clínico-cirúrgicas e unidades de cuidados especiais.

Basicamente, o departamento de enfermagem dispõe de um modelo centralizado de gestão, com a ressalva de que a participação ativa dos grupos de enfermeiros mais qualificados na formulação de políticas e práticas operacionais é fator identificado como um dos de maior influência sobre os serviços. O departamento dispõe de um programa de treinamento de elevado padrão, com resultados francamente positivos, abrangendo todo o corpo funcional, organizado e desenvolvido em bases conceituais adequadas para a realidade do exercício da profissão. As decisões referentes à doutrina destes programas são tomadas pela gerência respectiva em comum acordo com os critérios definidos pela superintendência e implementadas segundo padrões de hierarquia e disciplina. As relações entre o corpo de enfermagem e o corpo clínico, porém, são permeadas por fatores específicos da cultura informal da Instituição. Elas tem dificultado parcialmente o estabelecimento de formas de controle mais estrito sobre o comportamento operacional. De fato, o enfermeiro é o profissional responsável pela execução da grande maioria dos atos e procedimentos sobre o paciente admitido, e tal fato constitui-se um elemento de forte influência sobre a visão que o consumidor final de serviços tem a respeito da Instituição.

A administração do corpo clínico apresenta grande nível de dificuldade e amplitude de relacionamentos. Por ter um corpo clínico aberto, em que os profissionais credenciados são na verdade os grandes responsáveis pelo suprimento de internações e atendimentos hospitalares, a gestão dos interesses demonstrados pelos médicos pode ser influenciada por conflitos entre tais interesses e os da Instituição. Estão subordinados à gerência médica os departamentos e serviços vinculados ao apoio aos profissionais cadastrados, como por exemplo as unidades de terapia intensiva, as unidades de atendimento neonatal, o departamento de oncologia, o serviço de apoio técnico a anestesia, o serviço de controle de infecções hospitalares, e a fisioterapia respiratória. Todos estes apresentam a característica de prestarem serviços aos pacientes internados pelos médicos titulares. Como executantes de prescrições elaboradas por estes existe a eventualidade de serem forçados a executar procedimentos com cujas indicações não concordam.

Isto é decorrente de um traço de diversidade de opiniões e conceitos relativos às patologias e intercorrências presentes na comunidade médica, em função de suas formações e

experiências. É bastante difícil, na prática, conciliar as opiniões de especialistas de uma mesma área clínica em relação a questões profissionais. Contudo, nas unidades em que os médicos são contratados pela Instituição existe uma tendência a trabalhar sobre protocolos e rotinas de atendimento discutidas internamente, procurando-se sempre uma base consensual. Desta forma, por exemplo, o atendimento a pacientes oncológicos, recém-nascidos, e pacientes graves nas unidades de terapia intensiva é de responsabilidade exclusiva das equipes médicas daqueles departamentos, sendo o médico titular orientado acerca das relações que deve ter com as mesmas.

O papel principal da gerência médica é administrar estas relações de forma a tentar minimizar os conflitos possivelmente presentes. Opera suas funções sempre em consonância com as determinações da superintendência. Porém, como o acesso dos médicos à superintendência é privilegiado, podem ocorrer situações de incongruência e dissociação em virtude dos contatos diretos.

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (s.a.d.t) apresentam uma situação peculiar. A unidade é composta por vários departamentos diagnósticos, como o laboratório clínico, a radiologia, a medicina nuclear, a ressonância magnética nuclear, o ultrassom, o departamento de métodos gráficos, a eletrofisiologia, a endoscopia, a tomografia computadorizada e outros. O corpo médico responsável por estes serviços é contratado e vincula-se diretamente à gerência do departamento. Esta mantém uma relação direta com a superintendência em que o suporte político-doutrinário está efetivamente mais claramente estabelecido que o observado na gerência médica. É responsável pela gestão direta dos vários serviços sob sua subordinação. Novamente, os principais problemas observados se referem ao relacionamento com os médicos titulares. Os padrões de confiabilidade dos resultados de exames produzidos tem sido preocupação constante neste nível da administração e este departamento tem sido responsável por um grande número de inovações sistêmicas no sentido de melhorar os graus de segurança nos resultados e laudos emitidos. O relacionamento entre os médicos dos serviços apresenta um elevado nível de participação dos vários agentes, tendo sido inclusive constituído um conselho das várias chefias para discussão dos aspectos produtivos do departamento.

Seu corpo operacional é composto por cerca de 400 profissionais entre as varias funções, sendo responsável na prática por cerca de 25% do faturamento da Instituição. O regime de trabalho implica em participação nos resultados

pelas equipes médicas contratadas, e pode-se notar que tal política tem conseguido incrementar significativamente os resultados operacionais observados. Aqui, novamente pode se observar que o volume de recursos aplicados em treinamento e desenvolvimento de recursos humanos privilegia as profissões médicas e paramédicas, e isto tem sido responsável pela intensificação das discussões dos papéis dos vários participantes dos processos produtivos.

Este departamento é caracterizado por um alto volume de investimentos financeiros. Tal fato se deve a diversificação do "portfólio" de serviços prestados, que requer um grande numero de equipamentos eletromédicos e técnicas diagnósticas diferenciadas.

Com relação aos departamentos de apoio técnico e administrativo pode-se identificar uma estrutura de organização que divide os vários serviços nas gerências de apoio técnico-administrativo, de recursos humanos, de suprimentos e compras, de administração financeira e controladoria, jurídica, e comercial e de marketing médico.

A gerência de apoio técnico e administrativo incorpora as responsabilidades sobre os serviços de lavanderia e higiene hospitalar, nutrição e dietética, de transportes, e de comunicações (aqui se incluindo os serviços de telefonia). Esta gerência apresenta muitos dos seus serviços com características de produção muito semelhantes às estruturas observadas na indústria. Procura mensurar sua produtividade através de indicadores específicos, como por exemplo o volume diário de roupa lavada, o numero de refeições fornecidas, o numero de consultas dietéticas prestadas e a dimensão da área hospitalar higienizada.

Em contingente de funcionários esta é a segunda gerência de maior volume. Seu quadro funcional se diferencia das gerências de enfermagem e de s.a.d.t em função da frequência considerável de funcionários de menor qualificação escolar. Muitos aspectos vinculados à impressão acerca da qualidade da hotelaria fornecida aos usuários estão vinculados a esta gerência. Desta forma, o controle da qualidade dos alimentos servidos, bem como as informações relativas à qualidade dos aposentos colocados em disponibilidade, seu asseio e cuidados com o bem estar físico de pacientes e acompanhantes são monitorizados pelo grupo profissional a ela vinculado. A definição de políticas e condutas administrativas é discutida e estabelecida em comum acordo com a superintendência.

A gerência de recursos humanos é responsável pelas políticas de administração de pessoal, pelo trabalho de

treinamento e desenvolvimento de pessoal administrativo, pela gestão dos programas de benefícios, pelos serviços de saúde ocupacional, e segurança patrimonial e do trabalho. Além disto, o programa dos círculos de controle de qualidade é desenvolvido dentro do seu ambiente. Sua vinculação com a superintendência, sob o ponto de vista funcional se faz através da elaboração conjunta dos programas de gestão em r.h.

O departamento de suprimento, além da administração de insumos de uso médico-hospitalar, é também responsável por toda a parte de apoio logístico da Instituição no que tange ao abastecimento de insumos para a produção dos vários departamentos. A base de administração dos seus sistemas está centrada na identificação e planejamento do abastecimento dos itens, incluindo-se aí a compra e importação de insumos, através do monitoramento contínuo das curvas de consumo por sistema informatizado. Ele dispõe de estrutura de sistemas mais avançada que os demais departamentos administrativos, em função da sua vinculação com as áreas financeiras da administração, por meio do controle dos custos e faturamento com a venda de materiais de consumo hospitalares.

A vinculação com qualidade e sua gestão se faz através das comissões de padronização de materiais e medicamentos, de alimentos, de materiais de manutenção e suporte técnico, das quais participam elementos das profissões técnicas dos vários departamentos, como por exemplo, médicos, enfermeiras, nutricionistas, engenheiros clínicos, físicos, biomédicos e elementos da área de planejamento de suprimentos e compras. Sua referência com a superintendência se faz através da discussão de políticas de abastecimento e preços dos insumos comercializados. Este um dos departamentos mais lucrativos da Instituição.

As gerências financeiras e de controladoria, comercial e de marketing e jurídica dispõem de estruturas comparativamente menores que as demais, porém seus vínculos funcionais com a superintendência se fazem através da discussão e elaboração de políticas de administração financeira, de comercialização e de demandas judiciais presentes.

A superintendência se responsabiliza, por intermédio de sua assessoria médica para tecnologia e de sua comissão técnica de engenharia e obras, pelo controle e estudo das tecnologias de interesse à organização e pelo planejamento geral das ampliações e reformas de áreas físicas, trabalho que envolve conceitos de aplicação técnica dos novos equipamentos, fluxo de usuários, necessidades técnicas de

engenharia e potencial de retorno financeiro dos novos investimentos.

7.3- Cultura da Organização.

Observações acerca da história da cultura da organização.

Ao procurar estudar quais traços de cultura são efetivamente importantes no ambiente da organização tentou-se identificar que pressupostos, valores e comportamentos presentes no mesmo seriam consistentes com os modelos de qualidade analisados. Não houve qualquer preocupação de enquadrar os comportamentos observados nas escolas citadas na bibliografia, porém ao descrever os traços constatados pode-se chegar a uma visão muito próxima à desenvolvida por Schein, de análise clínica da cultura organizacional¹⁰⁷.

Pode ser identificada no hospital, uma série de valores referentes à forma como os agentes se comportam no meio organizacional em função de critérios de relativa facilidade de entendimento. O primeiro passo foi o de estudar as formas de atuação, os valores e crenças que constituíam o modelo implantado pelos fundadores/ organizadores iniciais. Como sói ocorrer em fases de implantação de organizações caracterizadas pela participação de coletividades especiais, a fase de estabelecimento do hospital foi de extrema dificuldade, estando sempre presentes nas mentes dos administradores a questão da sobrevivência institucional. Pode-se identificar um traço autoritário nesta fase, onde as formas de controle dos comportamentos foram privilegiadas, onde as mensagens passadas aos prestadores de serviços e funcionários se faziam em função da necessidade de manutenção das condições operacionais.

Os valores mais importantes vinculados a esta fase eram os da disciplina e respeito à hierarquia e aos profissionais nucleares, isto é os médicos responsáveis pelo maior volume de internações e geração de recursos. O comprometimento do pessoal subalterno nesta fase se fez por meio de relações informais entre estes e os profissionais de nível superior de forma que pode ser observada uma relação de dependência e subserviência para com estes.

Os objetivos e a missão institucional não eram necessariamente diferentes dos observados em tempos mais recentes, porém o conceito de qualidade estava estritamente vinculado à competência técnica do médico responsável pelo procedimento e/ou internação. Neste contexto, eram valorizados os funcionários que conseguiam se manter operando de acordo com as idéias dos profissionais titulares dos

107 - SCHEIN, E. "How Culture Forms, Develops and Changes". In Kilman et alii, *Gaining Control of the Corporate Culture*, San Francisco, Ca, Jossey-Bass, 1985.

casos. Percebe-se que condutas como por exemplo pronta resposta às demandas destes e valorização do relacionamento com os seus pacientes eram dominantes.

Num momento intermediário, a emergência de uma nova liderança preocupada com os aspectos estruturais e técnicos da qualidade possibilitou ao hospital a incorporação de uma série de novas tecnologias, sendo esta fase a responsável pelo grande e rápido crescimento das instalações físicas e pelo equilíbrio econômico e financeiro. Esta liderança caracterizou-se por um exercício de valores mais compatíveis com uma visão democrática da organização de forma que podem ser observados neste período esforços por maior participação dos profissionais no estudo e dimensionamento do parque tecnológico.

A nível operacional tal fase caracterizou-se pela abertura dos espaços de participação dos funcionários e uma maior reciprocidade e divisão dos encargos e benesses que a organização distribuía. Os valores mais concretamente observados nesta fase são aqueles vinculados ao "melhor", à melhor qualidade do atendimento, à humanização das relações interpessoais e à valorização da competência tecnológica adquirida.

A preocupação com a sobrevivência organizacional deslocava-se nesta fase para o meio externo, já que as questões presentes no princípio estavam equilibradas. Constituem abordagens administrativas desta fase os estudos de viabilidade mercadológica da organização, o estabelecimento de relações com os grandes agentes financiadores do sistema e a preocupação com elementos de ordem legal que interferissem com a produção de serviços.

A fase atualmente vivida pela organização começa a incorporar questões metodológicas referentes à garantia da qualidade. Os pressupostos da qualidade de serviços, do bem estar dos pacientes e dos prestadores de serviços passam a dominar o ambiente da organização. Como consequência a missão da instituição torna-se clara na medida em que a própria diretoria estabelece um ideário pertinente através das frases "*A Sociedade Beneficente tem por missão, o desenvolvimento da atividade social beneficente no campo da assistência hospitalar, ensino e pesquisa, em nível de excelência.*" e "*O Hospital tem por missão a prática da medicina com excelência de qualidade*", presentes em todos os ambientes operacionais.

Observações acerca das profissões nucleares de saúde presentes na Instituição e sua cultura.

A profissão médica tem se constituído por razões técnicas e históricas na profissão de saúde mais valorizada. Todas as medidas e comportamentos observados nos profissionais de saúde são regularmente orientados pelo profissional médico presente. O conceito social do médico aproxima-o das entidades divinas em função da presença ou não da habilidade em curar. Tais fatos têm desencadeado um encaminhamento para a profissão de indivíduos dotados de algumas características psíquicas entre as quais pode se identificar a capacidade de compaixão, o envolvimento pessoal, o amor ao próximo, assim como a arrogância, a prepotência e o individualismo. Até bem pouco tempo, o questionamento das opiniões emitidas pelos médicos podia ser considerado como afrontoso. Contudo, em função do amadurecimento social e da emergência de legislação disciplinadora das relações entre profissionais médicos e seus pacientes tais posições tem apresentado mudanças.

No ambiente do hospital estudado, o papel reservado ao médico vincula-se ao do herói institucional. Suas habilidades, seus comportamentos e práticas operacionais são vistos pelo corpo funcional geralmente como atos de grandiosidade e valorizados nos modelos de comunicação informais existentes. Na realidade, devido ao alto grau de exigência presente na prestação de serviços e à sofisticação tecnológica existente no hospital, tais posturas são naturais, visto que a procura pelos serviços disponíveis se faz por uma população pertencente principalmente às classes mais altas, onde o nível de esclarecimento e conhecimento sobre assistência à saúde é superior. Além disso, a condição de resolutividade disponível acaba favorecendo o atendimento de casos de maior dificuldade e complexidade clínica, onde a obtenção de resultados positivos acaba fomentando a imagem heróica do profissional médico.

É obvio que a infraestrutura disponível deve deter grande parte da responsabilidade pelos sucessos obtidos, porém a consequência direta desta visão interna à Instituição é que a busca do melhor, das melhores condições de atuação e da maior disponibilidade de recursos acaba sendo um dos valores concretos de maior força no ambiente organizacional. Todos acabam engajados em manter funcionando a Instituição dentro dos padrões de excelência, tanto que ao observar-se os indicadores relativos à rotatividade e absenteísmo no quadro de pessoal pode-se constatar que tais indicadores mantêm-se em valores relativamente baixos.

O médico detem o poder de estabelecer a forma e o programa de atendimento, podendo-se observar que alguns líderes nesta categoria dispõem de uma capacidade de influência mais abrangente que seus pares. Desta forma, determinados profissionais tem a habilidade, por exemplo, de interferir com questões administrativas tais como onde seus pacientes serão internados, qual a ordem de prioridade que irão receber no atendimento e com que eficiência e rapidez serão notificados pelo corpo funcional acerca de intercorrências acontecidas com os mesmos.

A principal esfera de relacionamento condicionante de comportamentos a serem analisados se faz entre o médico e os profissionais de enfermagem. Pode-se dizer que no estudo de padrões de comunicação, a cultura que permeia a relação destes dois profissionais é a mais rica e plena de variações.

O profissional de enfermagem, também por razões históricas, tem entre seus atributos culturais um forte componente de respeito à hierarquia e disciplina. Cabe lembrar que a profissão teve origem no trabalho de Florence Nighthingale, junto dos exércitos ingleses na guerra da Criméia, e até hoje podem ser observadas, na formação destes profissionais, características muito semelhantes àquelas encontradas nas instituições/organizações militares. Desta forma, a estrutura organizacional dos departamentos de enfermagem na grande maioria das instituições hospitalares do mundo moderno estão baseadas em modelos de referência em que os profissionais de nível superior dispõem de ascendência sobre os demais, havendo inclusive alguma similaridade com as organizações de tropas de infantaria. De forma genérica os papéis de comando e administração são exercidos pelo grupo de enfermeiros (com formação universitária), cabendo aos técnicos, auxiliares e atendentes a execução das tarefas.

Há contudo um elemento diferencial importante observado no hospital estudado: o de incutir na mente do enfermeiro por meio de programas específicos de treinamento voltados para a qualidade, a consciência da necessidade da atuação executiva destes profissionais como forma de garantir padrões compatíveis com o pressuposto da busca da melhor assistência aos pacientes. Este fenômeno é decorrente do processo de formulação do modelo de qualidade em enfermagem na organização.

No espaço cultural da instituição pode se detectar a grande importância que estes profissionais assumem. São, na verdade, os agentes de maior contato e de maior responsabilidade na prestação de serviços diretos; por isto dispõem de uma razoável capacidade de influenciar práticas

administrativas e condicionar comportamentos em outros agentes. Desta forma, pode-se constatar que um grande volume de histórias envolvendo comportamentos heróicos valorizados pela organização referem-se a enfermeiros. Tais histórias vinculam-se sempre à pressupostos aceitos no ambiente institucional tais como a valorização da relação da organização com os usuários, a manutenção da melhor qualidade de serviços, a disciplina e comportamentos condizentes com o ambiente hospitalar.

Estes agentes, gradativamente, têm conseguido ampliar seu espaço de atuação e participação, de forma a permitir constatar que, nas várias comissões de qualidade e padronização de insumos/procedimentos instaladas, o perfil profissional de maior presença é o de enfermagem.

As demais profissões presentes na organização acabam se referenciando aos modelos de comportamento observados nestas duas. A presença de outras profissões de saúde, apesar das características intrínsecas a cada uma delas, acaba por não se caracterizar, em função de seus volumes e práticas comportamentais, como competente para quebrar o modelo imposto pelo grupo médico e de enfermagem.

Desta forma, até as funções administrativas apresentam comportamentos muito semelhantes àqueles observados nos corpos médicos e de enfermagem. Existe uma tendência de busca de soluções de problemas e conflitos sempre em função de características de urgência e emergência. A possibilidade de programação de atividades administrativas acaba assim contaminada pelo traço presente na profissão médica relacionado à tradição talmúdica de que "... e quem salva uma vida é como se tivesse salvo toda a humanidade" ¹⁰⁸. As funções de planejamento e supervisão são com relativa frequência atropeladas pelas necessidades de contingência.

Entre os pressupostos identificados podemos citar, além da já referida busca da excelência de relacionamentos, a valorização do detalhamento e perfeccionismo de execução de procedimentos, da assistência de qualidade superior, da introdução de inovações técnicas e dos conhecimentos, da comunicação informal e da garantia da defesa da organização. Pode-se inferir que tais pressupostos encontraram sua justificação no desenvolvimento de um modelo de cultura de sobrevivência diante das ameaças sentidas no início da organização, por meio da validação de comportamentos de redução da ansiedade e reforços positivos.

A visão da qualidade.

Existem, para os objetivos a que se propôs este trabalho, três ângulos de visão que devem ser analisados. Referem-se de modo geral à forma como os prestadores de serviços encaram o processo de garantia da qualidade, a como os administradores encaram o mesmo, desenvolvendo modelos de gestão, e à maneira pela qual os usuários, tanto pacientes quanto médicos e profissionais de saúde, percebem os padrões de atendimento fornecidos. A administração das diferenças entre estas visões e das incongruências presentes entre elas é fenômeno da maior relevância na implantação dos modelos em instituições hospitalares.

1) Ponto de vista do prestador de serviços.

Para elaborar um diagnóstico mais acurado da forma como os prestadores de serviços encaram a qualidade dos seus procedimentos cabe separar aqui o papel dos profissionais médicos em dois estágios. No primeiro, o profissional atua segundo seu universo de conhecimentos técnicos, sua arte e postura profissional; no segundo, atua dentro de um modelo mais aproximado ao observado nos consumidores de serviços.

Do ponto de vista técnico, qualidade em saúde vincula-se aos conceitos de quão precisos são os diagnósticos estabelecidos, o quanto são adequadas as medidas e condutas tomadas, e quais os resultados esperados e observados.

Desta forma ao trabalhar qualidade sob o ponto de vista do prestador de serviços, a busca de modelos e indicadores vincula-se basicamente à análise das práticas operacionais, tendo como elementos norteadores aqueles que efetivamente possibilitam o estabelecimento de padrões de referência técnica. Podem ser considerados para efeito de análise deste segmento indicadores relativos a indicações terapêuticas, tempo de internação, prognóstico, confiabilidade dos procedimentos diagnósticos e indicadores de risco hospitalar, ou seja parâmetros intrinsecamente vinculados aos aspectos técnicos da produção de serviços. Devido à dificuldade de disseminação de conhecimentos na área médica, quase sempre se torna muito difícil fazer com que os usuários compreendam os processos de assistência e o que significa qualidade no seu contexto.

2) Ponto de vista do usuário.

Os usuários na organização estudada podem ser divididos em dois sub-grupos: o de pacientes propriamente ditos e o de médicos titulares.

Para os pacientes, de maneira geral, qualidade transcende os aspectos puramente técnicos dos seus atendimentos. O paciente costuma ser caracterizado por uma relação de dependência em relação aos profissionais e serviços disponíveis, que se dá principalmente nos aspectos psicológicos, físicos e de comunicação. A falta de conhecimentos acerca de suas afecções, assim como a forma pela qual é abordado e tratado, configuram o núcleo desta dependência.

De maneira genérica, o paciente enxerga qualidade na forma como as pessoas o recebem e se comunicam, na presteza com que respondem às suas demandas e necessidades, na disponibilidade de recursos que lhe possibilitem amenizar as situações de ansiedade decorrentes da internação, e no respeito à sua dignidade enquanto ser humano. Como consequência, segundo esta visão, são considerados elementos e indicadores aqueles vinculados ao conforto físico e psíquico dos pacientes, tais como elementos da proposição de entretenimentos disponíveis, a qualidade da alimentação fornecida, a facilidade de acesso à organização e a presteza e cordialidade com que são recebidos.

De modo geral também o médico, enquanto consumidor de serviços, busca a satisfação das necessidades de seus pacientes, o bem-estar que estes possam usufruir, a presteza com que são atendidos, e a confiabilidade dos processos e procedimentos disponíveis aos mesmos. Desta forma, a abordagem de qualidade que contemple esta forma de visão está intimamente ligada à satisfação de necessidades subjetivas, classificadas por Donabedian como amenidades.

3) O ponto de vista da administração.

No processo de gestão de qualidade, o administrador hospitalar acaba por constituir o elemento responsável pelo controle dos vários fatores relacionados à prestação de serviços. É de sua esfera de interesse estabelecer programas de planejamento, de formação de recursos humanos, de administração e gestão de custos dos processo a serem implantados.

Suas preocupações principais estão ligadas à manutenção da disponibilidade dos serviços, da confiabilidade dos procedimentos executados, do controle das ansiedades e fatores de desagregação que eventualmente venham ocorrer no processo e das formas pelas quais as informações e controles são administrados. São indicadores desta forma de visão aqueles vinculados às notificações de ocorrências adversas,

às taxas de infecções hospitalares, às complicações e óbitos, às queixas e reclamações dos pacientes e aos controles de custos dos procedimentos executados.

O hospital estudado procurou estabelecer como prioridade a satisfação de critérios que possibilitassem a incorporação das 3 correntes de visão sobre a qualidade no desenvolvimento de seus modelos setoriais.

7.4-Observação dos modelos.

7.4.1- A confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais como atributo essencial da qualidade.

As principais utilizações dos exames de patologia clínica para o profissional médico na condução do atendimento aos seus pacientes estão presentes no estabelecimento do diagnóstico, no acompanhamento da evolução dos casos e na configuração dos possíveis prognósticos e situações clínicas associadas. Em cada uma destas situações o aspecto da confiabilidade nos resultados obtidos pelas análises laboratoriais, por razões óbvias, se constitui no mais importante elemento de validação da qualidade observada.

Neste contexto, há que se observar as razões pelas quais falhas na elaboração dos exames podem se constituir em problemas para a prestação de serviços.

Por exemplo, na definição diagnóstica, erros processuais ou a detecção de resultados incompatíveis com o quadro clínico apresentado tem possibilitado a presença de dúvidas acerca das reais condições dos pacientes. Num ambiente em que grande parte das medidas a serem tomadas têm necessidade de um razoável grau de certeza e segurança, isto pode ser responsável por atrasos na condução dos casos, ou erros e iatrogenias no tratamento dispensado. Além disto, o aspecto de apropriação de custo nas internações é especialmente atingido por estas ocorrências, sem contar com a queda dos padrões de qualidade esperados e o aumento de riscos aos usuários.

No acompanhamento da evolução dos casos, os resultados de exames laboratoriais têm a função de monitorar as reações orgânicas dos pacientes ao processo terapêutico a que estão sendo submetidos, assim como detectar eventuais situações não esperadas durante a internação. Tais exames abrem a possibilidade ao médico orientador do caso de traçar novas condutas e propor correções terapêuticas, caso julgue necessário. Assim como no item descrito no parágrafo anterior, variações e não conformidades nestes resultados podem criar situações de incremento de custos e iatrogenias.

Na utilização dos recursos laboratoriais com vistas ao estabelecimento de prognóstico e patologias associadas, porém, há também algumas outras possibilidades tais como a falha na avaliação de fatores complicadores de uma determinada patologia, o super ou o subdimensionamento do risco associado ao tratamento, a criação de expectativas psicológicas não adequadas à realidade tanto nos pacientes

quanto em seus familiares, assim como falsas expectativas quanto ao financiamento do processo terapeutico.

Além do aspecto confiança nos resultados podemos identificar uma série de outros atributos dos exames de patologia clínica que podem ser considerados importantes na definição de seu perfil de qualidade. São eles:

- 1) A dificuldade de obtenção das amostras a serem processadas;
- 2) a velocidade adequada de processamento e fornecimento de resultados;
- 3) a disponibilidade de execução dos procedimentos e análises em regimes de tempos compatíveis com a prática operacional da organização;
- 4) o desconforto sentido pelos pacientes durante os processos de coleta, armazenamento e transporte do material;
- 5) as dificuldades de registro de informações relativas às condições de identificação e de quadro clínico do paciente examinado.

Com relação à dificuldade de obtenção de amostras é necessário estabelecer normas e padronizações de procedimentos de coleta. É importante lembrar que existem exames que estudam detalhes biológicos específicos e exigem formas de coleta por períodos abrangentes. As eventuais variações destas condições podem interferir concretamente com a qualidade dos resultados finais.

Com referência à velocidade adequada de processamento e liberação dos resultados pode se constatar que uma série de exames laboratoriais devem seguir uma rotina de execução que respeite critérios de lotes de processamento, períodos de incubação das reações e/ou processos estudados, como também aspectos de administração interna do laboratório que procurem otimizar a utilização de recursos materiais e equipamentos. Apenas para citar diferenças, os tempos de produção de resultados de exames de emergência, como por exemplo, as dosagens de glicemia, íons e gases sanguíneos, devem ser encarados de forma distinta dos exames rotineiros como estudos sorológicos e dosagens hormonais.

A presença na organização de serviços prestados em caráter de urgência e emergência, por sua vez, estabelece um modelo de atuação do laboratório de análises em relação aos exames considerados essenciais a estes serviços, em que a disponibilidade de exames vinculados aos procedimentos executados nos respectivos departamentos torna-se importante. Consequentemente a necessidade de manterem-se funcionantes equipamentos e equipe especializada na execução de vários

tipos de análises nas 24 horas do dia é essencial à obtenção dos padrões de qualidade exigidos.

Em relação aos possíveis desconfortos por que passam os pacientes durante os processos de obtenção de amostras destinadas às análises tem-se como necessidades objetivas a adequada formação e treinamento dos agentes responsáveis pelas coleta, na maior parte das vezes pessoal especializado da área de enfermagem. Estes elementos devem, além da grande habilidade nas técnicas de punção venosa e de coleta de outros tipos de materiais, dispor da capacidade de empatia e entendimento do sofrimento por que passam os pacientes. Há ainda que considerar as formas adequadas de manuseio e transportes das amostras coletas, o que inclui estudo dos melhores insumos e meios para este fim.

Por fim, a adequada inclusão de informações relativas aos processos patológicos, às condições clínicas presentes, ao regime alimentar prescrito, além de dados de identificação, tornam-se elementos importantes nos padrões de qualidade dos exames. Um dos erros mais frequentemente observados, é o de manipulação de materiais com dados errôneos acerca destas condições. O responsável pela execução das análises deve dispor de informações as mais fiéis possíveis no estudo da consistência dos resultados obtidos.

7.4.2-Os indicadores de infecções hospitalares e sua aplicação como instrumentos da promoção da qualidade.

O ambiente hospitalar apresenta como uma das suas características básicas a de possibilitar no seu espaço físico a concentração de uma série de condições indutoras de maior risco aos seus frequentadores. A presença de pacientes portadores de infecções adquiridas em suas comunidades, aliadas a questões da micro-ecologia local, as alterações severas de metabolismo endócrino em pacientes cirúrgicos, a assistência a pacientes imunodeprimidos e o uso de drogas antimicrobianas em larga escala acabam propiciando o aparecimento de bactérias e agentes patogênicos responsáveis pelas infecções adquiridas nas internações.

Constitui risco considerável, portanto, a busca de assistência médico-hospitalar. O controle destes processos através de técnicas aceitas mundialmente pelas comissões e serviços de controle das infecções hospitalares é hoje um dos mecanismos de promoção da qualidade de assistência. A base da atuação destas comissões se faz através do estudo da epidemiologia e distribuição dos eventos constatados e na proposição de medidas de correção das situações adversas, além da redução dos riscos de ocorrência. Tais ações são tomadas mediante a implantação de um sistema de vigilância epidemiológica e sanitária competente e de um programa de formação de recursos humanos sensibilizados para a redução de práticas que aumentem o risco potencial das internações.

Admite-se que para caracterizar o seu trabalho por medidas efetivas as comissões devem dispor de alguns atributos básicos: independência na condução dos processos de levantamentos de eventos, na classificação e estudo dos fatores de risco e na definição de medidas corretivas. Contudo para tornar isto possível, é essencial que seu trabalho seja referendado pela administração do hospital, assim como que conte com a participação direta do corpo clínico e dos demais profissionais vinculados à assistência direta.

Isto se viabiliza por meio dos vários programas de educação em serviços e das reuniões especificamente destinadas aos profissionais médicos. Para que sejam eficazes as medidas propostas de redução de risco é necessário enfatizar os papéis de cada um dos atores envolvidos, num processo de valorização das relações interprofissionais e dos comportamentos operacionais que sabidamente propiciem melhores condições de atendimento.

Com referência ao manejo dos indicadores específicos, o trabalho das comissões de controle de infecções hospitalares se constitui de pesquisa dos agentes de importância no diagnóstico, sua frequência e incidência, do ambiente em que se instalam, das características físico-orgânicas dos pacientes acometidos e das rotinas e procedimentos diretamente vinculados ao aparecimento. Consequentemente, deve procurar estabelecer relações e vínculos de causalidade entre a emergência de processos infecciosos adquiridos durante a internação e as práticas técnicas executadas.

Desta forma, na produção de relatórios específicos de incidência de infecções hospitalares são comuns o estabelecimento de relações entre a presença destas e os procedimentos invasivos, as internações de enfermidades de alta gravidade em unidades de cuidados especiais e os atos cirúrgicos de grande porte. Na discussão destes resultados é necessário contudo tomar o cuidado de procurar não estigmatizar pessoas ou unidades de atendimento, tendo como princípio que as falhas detectadas são consequentes às rotinas e procedimentos não adequados e que mudanças de ordem sistêmica têm a capacidade de produzir resultados muito mais efetivos por intermédio dos processos de educação.

Como exemplo, é possível citar o fato de que eventos decorrentes da forma de tratamento da água utilizada na organização ou das redes de distribuições de gases medicinais podem ser causadores de surtos de infecções hospitalares. Desta forma muitas medidas de correção de disfunções frequentemente podem ser tomadas pela própria administração hospitalar, e é essencial que todos os que trabalham no ambiente estejam abertos a mudanças estruturais.

O manejo de modelos de gestão da qualidade em controle de infecção hospitalar demanda, portanto, medidas que envolvem os vários níveis administrativos e operacionais do hospital. Como decorrência se faz necessário um trabalho integrado entre as várias instâncias envolvidas. Do ponto de vista administrativo, por exemplo, é comum a ocorrência de situações que envolvem decisões relativas a alterações de área física, tais como reformas, instalação de novos sistemas e equipamentos, aquisição de novos produtos e promoção de eventos de formação profissional. Nas áreas operacionais, por outro lado, o trabalho de formação de uma cultura voltada para hábitos de qualidade, como a lavagem de mãos, a aplicação de técnicas de assepsia corretas, a minimização de procedimentos invasivos, tem se constituído no núcleo mais importante de controle de situação adversas.

7.4.3-O ambiente das unidades de cuidados intensivos e o uso dos indicadores de risco e gravidade como forma de promoção da qualidade de serviços.

Desde o aparecimento das chamadas unidades de cuidados intensivos, uma das questões de maior relevância que têm preocupado os profissionais envolvidos com o atendimento aos pacientes admitidos nestas unidades é a que se refere à adequação do uso das várias tecnologias disponíveis em seu espaço de prestação de serviços. Admite-se que para propiciar um atendimento de qualidade em tais unidades a definição das indicações de internação, dos processos terapêuticos aplicados e dos controles evolutivos a serem executados não podem prescindir de critérios claros e objetivos.

As tecnologias disponíveis em seus ambientes são caracterizadas por permitirem a manutenção das condições de vida em situações críticas através de técnicas que envolvem suporte ventilatório, das condições cardio-vasculares, manutenções das funções renais, metabólicas e endócrinas, e que tem em comum a alta complexidade e o elevado custo de aplicação. Desta forma, a discussão acerca dos critérios para seleção dos pacientes internados que apresentem maior possibilidade de recuperar o seu estado de higidez e habilidades funcionais para receberem um maior esforço de aplicação dos recursos disponíveis tem estado presente entre médicos, administradores e outros profissionais que atuam em UTIs. Este enfoque, frequentemente levanta aspectos éticos de difícil resolução em função dos critérios já citados de acessibilidade e disponibilidade dos recursos a todos os pacientes. Na realidade discutir quem deve ter prioridade de receber determinado tipo de atendimento em unidades críticas pode, às vezes, tornar-se um evento dramático para os responsáveis pelas decisões.

Um outro aspecto importante envolvido no processo de prestação de atendimento nestas unidades é aquele envolvido nos custos e resultados possíveis da atuação da organização de saúde. Torna-se essencial aos responsáveis pela decisão terapêutica ter muito claro quais as reais possibilidades de sobrevivência e prognósticos futuros dos seus pacientes, para que ao tomar medidas de suporte envolvendo custos elevados, tenham em mente o agravo financeiro aos familiares e responsáveis, assim como à organização.

Além destes aspectos, há outra necessidade a considerar na definição do perfil de atendimento dentro de padrões de qualidade esperados para estas unidades: a disponibilidade de ferramentas de mensuração e qualificação de risco dos

pacientes internados. É essencial que estas permitam o estabelecimento de prognósticos à internação e que facilitem, durante a evolução, a obtenção de informações quanto à melhor abordagem terapêutica. Além disso, que confirmem ao processo decisório no ambiente das unidades críticas alguns critérios mensuráveis de risco além da simples impressão clínica.

Qualidade em unidades de internação para pacientes críticos tem dois componentes básicos: o primeiro envolve os aspectos técnicos do atendimento, a clareza em relação aos diagnósticos, prognósticos e condutas a serem tomadas do ponto de vista médico, além das questões relativas ao controle terapêutico e adequação no tempo das medidas necessárias. O segundo se aplica às questões das possibilidades de conforto aos pacientes dentro de suas condições clínicas, com consequente avaliação do seu nível de consciência, suas necessidades físicas e psíquicas e de quais as disponibilidades estruturais que propiciem eventos de amenização do desconforto.

Para trabalhar a qualidade dos aspectos técnicos existem várias metodologias disponíveis e que privilegiam medidas de aferição do risco no ato da admissão e nos primeiros dias da internação. A maioria delas introduz critérios de avaliação clínica, das condições cardio-respiratórias, renais, metabólicas, idade e a presença ou não de fatores de agravo, como por exemplo intervenções cirúrgicas, poli-traumatismos e outras patologias pré-existentes. Outros métodos partem do pressuposto de que é possível introduzir alterações nos processos a partir do estudo e discussão dos casos mais complexos, da ocorrência de complicações e óbitos e de avaliações comparativas de tempo de permanência dos pacientes nas unidades. O primeiro grupo possibilita a monitoração da adequação das indicações de assistência prestada, suas possibilidades e instrumentos utilizados, enquanto que o segundo permite, através de um processo de revisão crítica, a mensuração da eficácia dos procedimentos utilizados.

Com relação ao estudo do perfil de qualidade do segundo componente são avaliadas questões relativas às instalações físicas, disponibilidade de estruturas e rotinas de higiene pessoal e de ambiente físico adequados, além de controles dos aspectos nutricionais e alimentares, suporte psicológico e religioso e programações de lazer disponíveis.

Há que se notar também que um dos ambientes de maior risco de aquisição de infecções hospitalares é o das unidades de atendimento a pacientes críticos. Desta forma o trabalho entre as comissões de controles de infecção e as unidades de terapia intensiva deve ser mantido com aplicação de esforços

de integração entre as equipes profissionais, com ênfase nos aspectos operacionais, nos processos infecciosos em pacientes sob ventilação mecânica ou submetidos a procedimentos invasivos. A vigilância epidemiológica nas populações de pacientes internados nesta unidades tem se constituído no maior volume de trabalhos destas comissões.

7.4.4- A qualidade dos serviços de enfermagem. O plano de cuidados integrais e de gerenciamento de risco nas unidades de internação.

O atendimento de enfermagem constitui-se na prática de uma série de medidas e condutas em relação aos pacientes com características intrinsicamente executivas. A interface de relacionamento mais importante entre a organização e seus clientes se dá por meio destes profissionais, especialmente nos casos de internação. Os modelos de assistência existentes em hospitais no ocidente, regra geral, seguem fluxos operacionais em que as decisões acerca de procedimentos terapêuticos, diagnósticos e de orientação de cuidados individuais são tomadas pelos profissionais médicos, prescritas em documentos específicos, e executadas pelo grupo de enfermagem responsável pelo atendimento. Desta forma, ao observar os movimentos e comunicações que ocorrem entre as organizações hospitalares e seus usuários pode-se dizer que certamente mais da metade dos eventos envolvem estes profissionais.

A qualidade dos serviços de enfermagem, como de outros serviços disponíveis nos hospitais, segue um padrão de abordagem em que podem ser identificadas duas vertentes: a da qualidade técnica dos procedimentos executados e a da qualidade do relacionamento entre o profissional prestador do serviço e seus pacientes.

Em relação à qualidade sob o ponto de vista técnico, pode-se identificar uma série de atributos deste profissional que respondem pelo padrão adequado de atendimento. Por exemplo, questões relativas à capacidade operacional de execução de procedimentos invasivos, tais como punções arteriais e venosas, sondagens vesicais e de trato digestivo, controles de parâmetros vitais e das condições clínicas dos pacientes exigem dos enfermeiros uma habilidade especial. Pode-se dizer que em muitas situações a impressão do quadro apresentado, sua evolução e alterações clínicas, tem no controle de enfermagem um instrumento de promoção e garantia da qualidade que não estão presentes nem na profissão médica. Muitas vezes, enfermeiros experientes e com grande intuição acerca dos seus pacientes contribuem em escala muito maior que outros profissionais na execução de tratamentos de qualidade adequada.

Por outro lado, no atendimento de enfermagem, as questões relacionadas ao psiquismo dos pacientes, ao seu bem-estar orgânico e funcional, além da imagem que este faz da instituição dependem em grande escala de comportamentos e atitudes nas quais estão embutidos aspectos de personalidade

de complexa definição. O que os pacientes esperam dos enfermeiros tem muito a ver com a forma pela qual foram tratados em sua infância, a maneira pela qual se relacionaram com suas mães e famílias, a compreensão e carinho com que sua dependência e dificuldades foram trabalhadas. Estas experiências na verdade consolidam comportamentos e criam condições de difícil compreensão e controle. Por isto, a grande maioria das pessoas espera que o profissional de enfermagem seja solícito, compreensivo, carinhoso, atenda prestativamente às suas demandas, ouça e participe dos seus problemas e se envolva com a sua situação. Esta pode se constituir em missão quase impossível, posto que o mesmo profissional irá certamente executar uma série de procedimentos dolorosos, restritivos e agressivos em relação à integridade psíquica e torna-se difícil manter padrões de relacionamento em que estas situações não interfiram negativamente.

Procura-se minimizar a angústia durante a internação por meio da instalação e promoção do atendimento personalizado, disponível no modelo de atendimento dos cuidados integrais em enfermagem do hospital estudado, onde cada profissional é responsável pelo atendimento a um número restrito de pacientes durante o seu turno de trabalho, criando-se a possibilidade de identificação entre os agentes envolvidos e seus atendidos. Outra maneira utilizada é a instalação de serviços de ouvidoria das queixas dos internados por um profissional especializado em enfermagem que irá procurar identificar dentre os aspectos técnicos e de relacionamento quais os fatores responsáveis pela baixa satisfação.

Para apurar os aspectos técnicos da qualidade nestes serviços podem ser utilizados indicadores que permitam avaliar os processos operacionais propriamente ditos. São exemplos destes o número de tentativas necessárias à instalação ou execução de procedimentos especiais como punções venosas, sondagens e curativos, o tempo de manutenção de venóclises instaladas, a presença de incidentes iatrogênicos ou acidentes com pacientes, a precisão da documentação e registro dos atendimentos de enfermagem e a presença ou não de auditorias de qualidade em enfermagem.

Para se tentar mensurar os aspectos comportamentais e psicológicos dos serviços podem ser utilizados mecanismos de discussão e avaliação dos relacionamentos como por exemplo atividades de "role-playing" ou psico-dramatização, onde são tratadas com especificidade as questões relativas à forma, conteúdo e significados das relações entre enfermeiros e pacientes. Os indicadores que possibilitam a avaliação destas questões devem ser trabalhados em conjunto com sistemas que permitam a avaliação global do atendimento prestado pela

organização. Pode-se dizer que o aspecto de treinamento e reciclagem de conhecimentos nesta área é dos mais importantes para a efetiva implantação de modelos de garantia da qualidade. De fato, do volume de recursos investidos pela organização em treinamento e desenvolvimento grande parte destina-se aos programas de educação continuada em serviços.

7.4.5- A satisfação dos clientes e pacientes.

A percepção que os usuários tem a respeito da organização, sob os pontos de vista mercadológico e de administração estratégica do negócio em saúde, é caracterizada por um forte componente condicionante. A veiculação de informações nesta área não pode ser feita utilizando os mecanismos convencionais do marketing, por razões que envolvem a ética das profissões envolvidas e as questões de privacidade e respeito aos valores dos indivíduos. Como consequência, a transmissão de conhecimentos relacionados a experiências vividas nas organizações de assistência hospitalar se faz predominantemente através de relatos pessoa a pessoa.

Existe, contudo, uma tendência ainda não bem estudada pelos pesquisadores das formas de comunicação e marketing de hospitais de valorização dos eventos negativos. A suposição é que padrões de não conformidade e inadequação nos atendimentos médicos acabam tendo uma força de configuração de imagem institucional muito mais intensa que os eventos positivos. Por esta razão, ao estudar o grau de satisfação dos pacientes e usuários da organização hospitalar, o administrador de sistemas de saúde necessita estabelecer de maneira concreta que fatores deverá considerar fundamentais em sua instituição para promover qualidade.

O paciente de modo geral percebe a organização a partir de uma série de valores, nem sempre ligados aos aspectos técnicos da prestação de serviços. Desta forma, a sua formação e história de vida, as relações que tem com o mundo e vivências socio-culturais incorporam conceitos acerca de como se relacionar com organizações de serviços de saúde. A expectativa mais importante que tem ao adentrar um hospital é a de ver o seu equilíbrio orgânico restabelecido. Porém durante a experiência de contato com a estrutura que o socorre, situações e ocorrências comuns em sua vida diária passam a assumir importância crucial no seu processo de recuperação. As chamadas "amenidades" disponíveis durante sua internação e os relacionamentos que estabelece no espaço da instituição passam a ter importância na definição de sua visão de qualidade. Questões relativas à acessibilidade dos recursos, disponibilidade de entretenimento, assistência psicológica e religiosa, qualidade da alimentação dispensada e comportamentos amistosos por parte de seus interlocutores são da maior importância neste mister. Como consequência, a avaliação da forma pela qual os pacientes encaram os serviços recebidos, sua adequação e validação de padrões, assim como os resultados das intervenções da administração hospitalar no que se refere aos modelos de qualidade implantados devem

sempre levar em conta os caracteres subjetivos de julgamento de valor.

Do ponto de vista prático, os serviços de avaliação da satisfação dos clientes/pacientes trabalham com análise de aspectos relacionados à facilidade de acesso, conforto e lazer, disponibilidade de recursos em tempo hábil, nível de rigor no cumprimento do agendamento, qualidade da alimentação fornecida, pontualidade e cordialidade de seus serviços. Estes, comumente envolvem questões técnicas e administrativas relacionadas com a estrutura montada para a prestação de serviços. A abordagem de busca de problemas deve, sempre que possível, se basear num mecanismo ativo e independente de informações. Isto se deve à tendência natural observada entre os usuários de suprimirem ou relevarem informações durante o processo de internação em função do receio de represálias ou boicotes por parte do corpo funcional operacional com que se relacionam.

O esforço de treinamento, no ambiente operacional, deve procurar privilegiar comportamentos que humanizem a relação profissional-paciente estimulando a compreensão dos vários aspectos de vida do usuários, assim como atitudes de entendimento dos aspectos positivos das críticas formuladas, de aprendizado e crescimento profissional.

A administração deve procurar instituir programas de gerenciamento especialmente desenvolvidos para facilitar o acesso dos usuários aos responsáveis pela "qualidade", incluindo a participação de representantes destes e de todos os profissionais envolvidos com o atendimento na definição dos aspectos específicos de cada área.

7.4.6- Os Circulos de Controle da Qualidade e a participação do corpo funcional.

A proposta inicialmente estabelecida de implantação dos C.C.Q. através do chamado Sistema Einstein de Qualidade partiu do pressuposto de que os níveis básicos operacionais da organização poderiam se constituir em fonte de idéias e projetos de promoção da qualidade.

A utilização deste modelo vinculou-se desde a sua implantação sobre estudos de fluxos operacionais de serviços com predominância de estudos dos aspectos operacionais técnicos e administrativos. A criação de mecanismos formais de encaminhamento das sugestões, além da promoção de espaço de participação dos funcionários especificamente voltado para a finalidade de discussão sobre os processos de trabalho em uso na organização, podem se constituir em ferramentas uteis na promoção da qualidade.

O estabelecimento de rituais de premiação dos melhores trabalhos desenvolvidos, bem como a instalação de formas de reconhecimento público tem sido estudadas em várias organizações, admitindo-se que coexistam benefícios e desvantagens neste modelo. A principal questão envolvida na sua aplicação prática é a de que foi inicialmente desenvolvido em organizações industriais, que em essência tem sistemas de produção muito diferentes de um hospital.

Contudo, a capacidade de organização e participação das pessoas em empresas de prestação de serviços, especialmente no setor saúde, apresenta características muito peculiares. Os individuos em funções mais básicas numa organização hospitalar apreendem com relativa facilidade o traço cultural vinculado ao aspecto humanístico do atendimento médico e hospitalar. O aspecto da urgência na resolução de problemas e situações, aliado à disposição natural por promover socorro presente na maioria dos individuos, desenvolve uma consciência de participação e obediência em relação às proposições de trabalho em grupo. De qualquer forma, para que se estudem os modelos transplantados de uma realidade industrial para o ambiente hospitalar é necessário que se tome em consideração todos os traços específicos da cultura e comportamento no seu ambiente.

7.5 - Críticas aos modelos observados.

7.5.1 - Críticas gerais sobre os vários processos e suas vinculações organizacionais.

Aspectos gerais da qualidade e a visão estratégica a seu respeito na organização.

Em que pesem todos os esforços para dotar a organização de um sistema válido de garantia da qualidade, tendo também em conta os resultados obtidos e o conhecimento dos processos presentes em cada um dos modelos, a principal observação crítica é a da aparente falta de integração administrativa entre os mesmos. A administração, tal qual está constituída no momento atual, carece de consciência a respeito de que doutrinas e filosofias seriam necessárias à homogeneização do processo de garantia da qualidade e de como poderiam ser implementados os programas.

O conhecimento de todos os fluxos organizacionais, assim como a definição de rotinas operacionais e do papel que os sistemas de garantia da qualidade teriam na execução dos serviços dentro de padrões aceitáveis à comunidade de usuários, prestadores de serviços e administradores aparentemente necessita de estudo mais organizado e detalhado. A documentação descritiva dos processos operacionais e administrativos dentro da instituição é confusa e muitas vezes redundante, ocorrendo situações em que o registro formal dos processos inexistente e outras em que mais de um departamento abordam as mesmas atividades. Para que os programas de qualidade nos vários ambientes da organização possam dispor de coordenação e integração administrativa torna-se essencial o detalhamento dos fluxos, e a documentação dos processos de forma a facilitar o conhecimento por todos os participantes e trabalhadores envolvidos. O conhecimento de todas as situações de interface e interdependência entre fluxos operacionais e departamentos prestadores de serviços pode permitir a eliminação de muitas situações potenciais de conflito.

O princípio do trabalho multidisciplinar e participativo nas questões envolvendo qualidade não pode prescindir de maior objetividade e abertura das possibilidades de comunicações mais frequentes e facilitadas. Desta forma, pode-se observar que, apesar de cada uma das experiências estudadas apresentarem resultados altamente positivos, o conhecimento dos trabalhos desenvolvidos em cada um dos ambientes não é uniforme para todos os atores envolvidos, mesmo aqueles que se aplicam em algum dos programas desenvolvidos.

Da mesma forma, o trabalho com os aspectos negativos dos serviços e com as não conformidades observadas é grandemente dificultado pela postura defensiva presente na organização. Acredita-se que isto ocorra pela manutenção ainda em momentos atuais do traço de autoritarismo vinculado à cultura da organização no seu início de funcionamento.

Outra questão importante se refere à ausência de participação dos usuários/clientes do processo de garantia de qualidade. Em nenhum dos modelos observados se pode constatar a influência de qualquer representante dos clientes/pacientes. Pode-se supor que com a evolução do modelo estas deficiências tenderão a ser sanadas e a participação de representação usuária irá se impor como consequência da necessidade de abertura de um espaço participativo deste grupo.

Outros aspectos a considerar são a indefinição de critérios de qualificação de fornecedores de insumos e materiais de uso corrente e a identificação do potencial de influência que estes agentes podem deter sobre os processo produtivos e a qualidade de serviços. Pode-se constituir em resultado de observação regular a falta de materiais e medicamentos como decorrência de pressões por alterações de preços e bases de negociação financeira no processo de aquisição destes insumos. A visão a respeito de custos dos procedimentos e do valor agregado pelos sistemas de promoção da qualidade está longe de ser caracterizada como item de importância, tanto que uma das questões mais frequentemente levantadas pelos usuários é a dos valores e preços cobrados pelos serviços. Em nenhum dos modelos estudados houve qualquer tentativa de definir mecanismos que possibilitassem o estabelecimento de relação entre o incremento de padrões de qualidade e os custos dos serviços.

A qualidade como base da organização de prestação de serviços na Instituição estudada pode com o tempo constituir-se em agente de alavancagem do processo de mudança do perfil cultural e organizacional observado. Cabe à administração identificar que mecanismos e estratégias detem as melhores condições de transformar a cultura vigente, seja pela mudança de padrões, seja pela implantação de novos fluxos, de forma a tornar a organização um modelo de assistência médico-hospitalar cuja qualidade exceda às expectativas dos usuários.

7.5.2 - Críticas aos padrões de serviços do Laboratório de análises clínicas.

As críticas aos processos encontrados no laboratório clínico podem ser divididas em dois grandes grupos: O primeiro envolve aspectos estruturais da prestação de serviços e o segundo aspectos vinculados aos fluxos e execução dos procedimentos.

Sob o ponto de vista estrutural o que se pode observar de concreto vincula-se basicamente a fatores de ordem física, de base instalada de equipamentos e de qualidade de insumos utilizados na coleta e execução dos exames. O laboratório atende a duas subpopulações de usuários: a de pacientes internados e a de externos (ambulatoriais). A qualidade no que toca a conforto, rapidez do atendimento e coleta de materiais deste segundo grupo seguramente não é a mais adequada possível. A área física correspondente necessita de readequação com considerações mais detalhadas sobre o fluxo de pacientes e de materiais coletados, além de dinâmica de informações mais condizentes com o processo de informatização de laudos e resultados.

Uma outra questão referente ao atendimento dos pacientes ambulatoriais é a presença de sistema centralizado de agendamento e programação de exames que acaba comprometendo, por evidente concentração de pacientes destinados a outras áreas diagnósticas, o espaço destinado a espera e conforto dos usuários do laboratório clínico. As formas adequadas para a solução destes problemas poderiam ser implementadas através do uso de sistema de agendamento por computador em contato direto com os consultórios dos médicos e principais requisitantes de exames.

A base instalada de equipamentos possibilita a execução da grande maioria dos exames laboratoriais. Porém, apesar da tecnologia envolvida, determinados estudos de alta complexidade não são executados no hospital, devendo ser encaminhados a outros laboratórios de referência. Este fato acaba acarretando atrasos diagnósticos e circunstâncias em que a confiabilidade nos resultados obtidos pode ser abalada. A justificativa utilizada para estas situações é a de que estes exames, para apresentarem possibilidade de avaliação consistente, necessitam de um volume de execução muito superior àquele para o qual a organização é demandada. No entanto, os aspectos de controle da qualidade dos processos nas organizações para as quais se encaminham estes exames não se encontram sob esfera de influência do grupo que administra o laboratório clínico.

Convém também discutir os insumos e reagentes utilizados na produção de serviços. A área de guarda e armazenagem apresenta características de conservação e condições de manipulação não adequadas. Consequentemente, a ocorrência de perda por má conservação destes elementos é relativamente frequente. O espaço destinado à estocagem é insuficiente, podendo-se observar a existência de caixas destes materiais nos corredores internos do laboratório. Uma das formas que a administração encontrou para minimizar estes problemas foi o estabelecimento de contratos de fornecimento com entregas programadas dos itens de maior consumo e a implantação de tecnologia de análises processadas em filmes secos cuja perecibilidade dos insumos é menor.

Com relação aos processos de produção, conforme descrito no modelo, a avaliação do perfil de qualidade aborda questões vinculadas à política de formação dos recursos humanos, ao controle dos equipamentos, ao controle estatístico do processo, às auditorias de qualidade e aos métodos de registro de falhas. Dentre estes fatores os mais passíveis de apresentar resultados anormais são aqueles vinculados à baixa capacidade de treinamento disponível, no que se refere aos recursos humanos; ao tempo de parada dos equipamentos para manutenções, no que tange ao controle dos equipamentos; aos eventuais problemas sistêmicos de coleta de dados estatísticos sobre os processos; à pequena adesão aos métodos de registros de falhas e à relativamente incipiente implantação das auditorias de qualidade. Em verdade, a rotina de produção presente no laboratório acaba absorvendo grande parte do tempo e dos esforços das pessoas com o cumprimento de prazos de entrega de resultados e com a consistência dos mesmos, de forma que poucos exames passam por processos de auditoria de qualidade até o momento. Acredita-se que com a melhoria da performance operacional notada desde a implantação do modelo, a preocupação com a execução de mecanismos de controles processuais tenderá a se expor de maneira natural.

Para se contrapor a esta visão, é possível a argumentação de aplicação de recursos em contratação e treinamento de pessoal técnico destinado exclusivamente ao fim de estabelecer auditorias de qualidade competentes, com a função também de reforço no treinamento das equipes profissionais atuais nos métodos de registros de falhas.

7.5.3 - Críticas ao modelo do serviço de controle de infecções hospitalares.

Dos modelos observados que se relacionam aos aspectos técnicos da prestação de serviços o do controle de infecções hospitalares é o que dispõe de maior volume de embasamento estatístico em sua aplicação metodológica. Contudo, as principais críticas a serem estabelecidas acerca de seu desempenho referem-se à assertividade e clareza diagnóstica dos eventos classificados e ao nível de detalhamento dos processos através dos quais os pacientes internados possam estar sendo submetidos ao risco de aquisição.

O diagnóstico de infecção hospitalar nem sempre pode ser estabelecido de maneira concreta, havendo a predominância de situações em que a presunção da presença é cercada de fortes evidências. A necessidade de tomar medidas imediatas no tratamento e controle dos eventos presumivelmente originários de contaminações ou infecções adquiridas no ambiente hospitalar muitas vezes prejudica a pesquisa dos fatores etiológicos. Além disso, o acompanhamento dos pacientes internados após a sua alta da instituição possivelmente possibilitaria um incremento no volume de casos diagnosticados, especialmente aqueles em que aconteceram procedimentos invasivos. Para que tais controles pudessem ser estabelecidos se faria necessário o estabelecimento de protocolos de tratamento com controle mais rigoroso das indicações de uso de antibioticoterápicos, que recebessem a adesão de um número maior de profissionais médicos, o que é de razoável dificuldade de implantação em vista das características do corpo clínico da Instituição. Uma outra medida possível, que está sendo implantada, é a da criação de um banco de bactérias hospitalares, com classificação de tipagens executadas por técnicas modernas de biologia molecular que permitem o estudo dos principais agentes das infecções, suas relações com procedimentos e processos, e sua localização mais frequente no ambiente da Instituição. Este mecanismo possibilita a confecção de um mapa de frequência e distribuição bacteriana, recurso de valia nas indicações de internações de pacientes de risco para o evento.

Com referência ao detalhamento dos processos de risco, o modelo apresentado ainda não dispõe da possibilidade de estratificação de eventos por unidades de internação (à exceção das unidades de cuidados intensivos e especiais) o que poderia ser de grande ajuda no estabelecimento de processos corretivos. A Instituição dispunha em 12/94 de cerca de 190 leitos destinados à internação dispostos em unidades de 16 leitos classificados em "clínicas médico-cirúrgicas". O ideal seria que cada uma destas unidades

fosse observada segundo critérios gerais porém aplicados ao seu ambiente, para que se pudesse estabelecer padrões históricos que permitissem a avaliação dos programas localmente e comparativamente às demais unidades. Em decorrência da concentração dos recursos físicos e estruturais nessas unidades, além da manutenção do quadro de pessoal com relativa constância nas mesmas, acredita-se que possível o desenvolvimento de programas de controle e treinamento especificamente voltados para as realidades locais.

Outra questão pertinente é a baixa adesão dos profissionais médicos credenciados aos programas de controle de infecções, especialmente nas especialidades cirúrgicas. A forma mais adequada de conquistar a adesão destes, seria através do desenvolvimento de processos de mensuração dos eventos por especialidade e por profissional, com a consequente necessidade de desenvolvimento de trabalho formativo e informativo acerca da epidemiologia observada nestas situações. Há contudo dificuldades concretas para implantar tais programas, desde questões de facilidade de acesso aos profissionais até situações envolvendo aspectos de vaidade e consciência profissional a respeito. Acredita-se que possa ser incrementada a participação destes profissionais com o desenvolvimento de sistema de informações similar àquele observado no modelo do laboratório clínico em que os padrões técnicos observados e a classificação da performance de cada elemento deva ser de conhecimento exclusivo deste, criando-se unicamente a possibilidade de comparação de seus resultados com as médias da organização e com seus pares sem que haja o risco de conhecimento de resultados de outros profissionais (critério de segurança da privacidade). Este trabalho demandará esforço adicional do grupo profissional responsável pelo serviço de controle de infecções visto que os contatos devem se fazer preferencialmente nas clínicas dos envolvidos e não no hospital.

7.5.4 - Críticas ao modelo de gerenciamento de risco nas UTIs

Similarmente ao descrito na apresentação do modelo vigente na unidade, podem ser identificadas situações que envolvem aspectos críticos relacionados à estrutura disponível, aos processos que regulam os procedimentos e à metodologia de aplicação do gerenciamento e controle de riscos.

A estrutura apresenta características específicas que dificultam a implantação do programa de qualidade global das unidades. Por exemplo, o fato de as unidades terem sido instaladas em edifício não construído originalmente para seus fins, havendo portanto a necessidade de adaptações de área física e de instalações para o atendimento aos pacientes críticos. A própria modularidade proposta, de sub-unidades com 4 leitos, é consequência desta situação. Da mesma forma a instalação de equipamentos e a implantação de novas tecnologias geralmente demandam reformas e substituições de redes elétricas e de distribuição hidráulica e gasosas para que se tornem operacionais. Tudo isto acaba por configurar uma lista de problemas que, espera-se, estejam resolvidos na nova unidade a ser instalada no edifício em construção.

Com relação aos recursos humanos que atuam no ambiente das UTIs pode se observar uma relativa concentração de profissionais altamente especializados em suas funções. Os programas de reciclagem e treinamento em novas rotinas e procedimentos são relativamente frequentes e abrangentes. Uma das dificuldades presentes refere-se ao elevado número de pessoas e profissões de saúde atuantes no mesmo espaço, com evidente potencial de geração de conflitos acerca das rotinas. Uma das formas de administração destes se dá por meio da realização de reuniões periódicas entre o diretor da unidade e os responsáveis pelos vários serviços de apoio terapêutico, havendo circunstâncias em que tal trabalho é dificultado pela ausência do mesmo.

Das profissões presentes, a grande responsável pela qualidade dos serviços é a enfermagem. A direção da unidade estudada está elaborando proposta de formação específica de um elemento deste grupo para implantação "in totum" do modelo de gerenciamento de risco, já que todas as tentativas de desenvolvimento de maior engajamento da equipe médica esbarra em resistência por parte desta.

Com relação aos processos, uma série de variáveis presentes na Instituição estão associadas a eventos não conformes. Por exemplo, a questão da clareza diagnóstica é fortemente influenciada pelo relativo poder que os médicos

titulares detêm de indicar a transferência de seus pacientes para as UTIs. Nem sempre as indicações para tratamento nestas unidades são respeitadas, havendo situações de admissão de pacientes que não se beneficiariam concretamente dos recursos ali disponíveis. Com relação aos prognósticos, de modo geral são bem estabelecidos, apesar do aspecto de baixa utilização do sistema de gerenciamento de risco por parte da equipe médica.

Quanto à indicação de uso dos equipamentos e tecnologias complexas, estas seguem rotinas e protocolos bem estabelecidos. Um único fator passível de crítica pode ser identificado: a possibilidade de esgotamento de recursos por superocupação de leitos, com pouca disponibilidade de recursos substitutivos. Com relação a este fato, pode-se observar a relativa frequência de instalações de leitos extras (a média de ocupação das unidades tem se mantido ao redor de 100% nos últimos 2 anos) com consequente estresse da equipe de trabalho e super utilização de estruturas e equipamentos.

O suprimento de insumos materiais e medicamentos tem se mantido em boas condições com a estrutura instalada sendo baixa a ocorrência de situações de não fornecimento. Um único reparo refere-se à impossibilidade de manipulação de fórmulas para nutrição parenteral no período noturno, o que não tem se configurado em problema efetivo. O apoio do serviço de nutrição é exercido basicamente no período matutino, porém nas eventuais necessidade de definição de novas situações as equipes médica e de enfermagem dispõem de instrumentos e rotinas padronizadas que permitem a formulação de protocolos de fornecimento transitórios de alimentos, até que a consulta com a nutricionista possa ser possível.

Com relação ao trabalho de enfermagem, uma das críticas é decorrente da especialização de atendimento proposta. É frequente observar a situação em que profissionais responsáveis por cuidados especializados em determinados leitos possam estar sobrecarregados de serviços, enquanto outros não dispõem de conhecimentos suficientes para assumirem maiores cuidados aos mesmos pacientes. Isto pode ser corrigido com um amplo programa de treinamento que torne o agente responsável pelo cuidado num operador generalista.

O preenchimento do protocolo APACHE II é de exclusiva responsabilidade do profissional médico, enquanto que as observações referenciadas no TISS podem ser documentadas pelo corpo de enfermagem da unidade e este fato pode ser associado a uma das principais críticas ao modelo observado. Observa-se que o nível de engajamento dos profissionais médicos no

processo de garantia da qualidade é baixo. Apesar do modelo de gerenciamento de risco constituir-se de rotinas de procedimentos facilmente assimiláveis e executáveis, grande parte da tarefa de identificação de fatores e registro de dados é executada por apenas uma parte do corpo clínico da unidade. Desta forma, apesar do grupo médico ser constituído por cerca de 20 profissionais, na realidade cerca de um terço do mesmo dedica-se efetivamente ao processo de registro de informações. Este fato pode ser responsável pela ocorrência de avaliações não realistas dos quadros apresentados pelos pacientes internados, além da possibilidade de perda de dados quando da impossibilidade da presença de um dos profissionais que acessam o sistema. A direção da unidade acredita que tal fenômeno esteja associado ao modelo de prestação de serviços da equipe médica, com jornada de trabalho de 24 horas semanais, dividida em dois plantões de 12 horas onde os profissionais assumem maior responsabilidade pela execução operacional de rotinas e intervenções sem efetivamente se preocuparem com processos e rotinas ditas administrativas.

O possível valor, para o modelo, das revisões de complicações e óbitos está depreciado em virtude da baixa adesão dos profissionais na documentação de eventos e acompanhamento dos resultados obtidos pelo módulo de gerenciamento de risco. A necessidade de estabelecer discussões acerca destes casos em horários fora do expediente normal, em que os profissionais não são remunerados pela sua presença no hospital, tem sido um dos motivos utilizados para explicar a incipiente implantação dos controles acerca dos eventos adversos nesta área.

Uma das tentativas de promover maior integração entre os participantes do processo produtivo nas UTIs é a chamada "responsabilização técnica". A idéia é a realização de eventos de divulgação científica em que os profissionais recebam atenção e coloquem-se em evidência em relação a aspectos específicos de determinados quadros patológicos. Uma das consequências foi o elevado número de trabalhos científicos apresentados pela unidade nos anos de 92 e 93 em que a certificação da competência dos membros que dela participam tornou-se elemento de motivação. Somente no ano passado cerca de 50 trabalhos foram aceitos para apresentação e/ou publicação em eventos e revistas nacionais e internacionais.

A implantação de mecanismos de auditoria técnica de prontuários esbarra em dois aspectos importantes:

- 1) a falta de definição de critérios que possibilitem a criação de instrumentos de avaliação abrangentes e,

- 2) a dificuldade de aceitação por parte dos profissionais médicos de rotinas que possam demonstrar um trabalho de contestação de sua imagem profissional.

Com referência ao primeiro, a proposição estudada no momento implica no desenvolvimento de documento de aferição de todas as questões que englobam as características gerais, tanto estruturais quanto de rotinas e procedimentos, da unidade. No segundo, a proposição deve se basear no esclarecimento dos papéis dos médicos e nas possibilidades que o conhecimento de seus perfis de atuação possam propiciar no incremento dos padrões de qualidade de assistência, tanto do ponto de vista da organização quanto do crescimento pessoal.

7.5.5 - Críticas ao modelo utilizado pelo departamento de enfermagem.

De todos os modelos observados, o de gerenciamento de risco e cuidados de enfermagem é o que apresenta com maior ênfase o aspecto de envolvimento de todos os participantes do processo produtivo. Desde sua formulação inicial, decorrente de uma série de problemas operacionais do departamento, a busca de soluções participativas possibilitou o desenvolvimento de um modelo em que todos os profissionais têm abertura para formular propostas e conhecer os resultados dos trabalhos executados em suas unidades.

Uma das observações críticas importantes vincula-se à sub-notificação de ocorrências adversas. Este fato, acredita-se, decorre do aspecto punitivo da cultura da organização. Os esforços para que se aumentem os níveis de confiança nos vários atores envolvidos no sistema tem esbarrado em práticas de penalização que ainda hoje existem no ambiente do hospital. Como consequência, ocorrências envolvendo acidentes danosos a equipamentos e instrumentais, por exemplo, não são comunicadas adequadamente em função da prática de descontar os custos de reparos dos funcionários responsáveis.

Uma outra questão importante vinculada à notificação de ocorrências adversas aos pacientes (OAPs) refere-se à comunicação estabelecida entre o departamento de enfermagem e outros departamentos responsáveis por processos e serviços junto ao paciente. Muitos itens pesquisados referem-se a estruturas de suporte e atitudes de responsabilidade de profissionais com outras vinculação funcionais. O mecanismo de comunicação das ocorrências constatadas que envolvem estas situações implica no encaminhamento da observações aos gerentes de cada área e o nível de respostas e consequente prontidão de resolução não é o mesmo observado junto ao departamento de enfermagem, abrindo possibilidades de perda de informações, descoordenação entre a observação de eventos e suas correções e redução do nível de motivação e engajamento dos próprios funcionários de enfermagem.

O aspecto de informação do paciente acerca do modelo e seus processos também é um dos elementos passíveis de crítica. Como em muitas outras profissões de saúde, o repertório de conceitos e palavras utilizadas nas relações entre prestadores de serviços e usuários é caracterizado pela elevada concentração de termos técnicos, nem sempre de conhecimento corrente junto à população. Disto podem decorrer situações de baixa compreensão ou até mesmo confusões por parte dos pacientes e acompanhantes acerca das informações que devem receber sobre sua internação, estado de saúde e

caráter das medidas que estão recebendo. O modelo deve, portanto, incluir esforço de dotação de mecanismos de comunicação que facilitem o entendimento pelos usuários.

Com referência ao plano de cuidados integrais de enfermagem, a visão com que os usuários e profissionais médicos titulares encararam os trabalhos de instalação do processo foi caracterizada por um forte componente de aceitação e de positividade. As experiências com a unidade piloto denotaram uma sensível melhoria dos padrões da qualidade com os cuidados de enfermagem causando inclusive uma situação anômala onde determinados médicos passaram a somente admitir a internação de seus pacientes nas unidades em que o programa já havia sido instalado. Uma das consequências foi o aparecimento de comportamentos de favorecimento dos médicos com maior capacidade de influenciar a estrutura administrativa na ocupação dos leitos destas unidades, pressionando negativamente a departamentalização existente nas clínicas médico-cirúrgicas.

A estrutura de treinamento e desenvolvimento de pessoal existente no setor passou a operar em função das pressões por extensão do modelo às outras unidades comprometendo com isto o trabalho de adequação dos quadros às rotinas e processos propostos. Nesta fase, a administração departamental necessitou um considerável esforço para tornar possível a ampliação do modelo. Pode-se dizer que os padrões de qualidade nas unidades que gradativamente passavam a trabalhar dentro dos mesmos princípios não eram os mesmos que os observados na experiência inicial de teste. Somente em tempos recentes se conseguiu a homogeneização comportamental e de desempenho no hospital como um todo.

Outra crítica decorrente dos aspectos culturais e que deve ser trabalhada pelo sistema refere-se à característica observada junto ao corpo de funcionários de se considerarem como exclusivamente responsáveis pelos pacientes para si designados. Frequentemente, enfermeiros encarregados do atendimento de um determinado número de pacientes encontram-se executando procedimentos quando são requisitados por um outro cliente. Tais situações deveriam ser trabalhadas supletivamente por seus colegas de equipe, que se recusam a fazê-lo alegando para isto que tal cliente não é de sua competência de atendimento. Isto constitui-se, de fato, em evento de difícil controle, visto que tal prática nem sempre é detectável pelo modelo, sendo observação decorrente dos estudos de satisfação elaborados pelo serviço de atendimento ao cliente durante a investigação das causas de queixas junto aos usuários. Como situação isolada, este pode se constituir em um exemplo patente de comportamento anti-ético e contrário

ao programa de qualidade implantado. O mecanismo natural mais efetivo de condução destes tipos de problemas é caracterizado pelo esforço de treinamento voltado para os aspectos da responsabilização global pela assistência, pelos traços psicológicos que envolvem o relacionamento profissional paciente e pela motivação para o engajamento dos grupos funcionais com o modelo.

Na implantação do modelo, a administração utilizou o caráter corporativista da profissão de enfermagem para, com a participação na sua formulação, criar condições executivas favoráveis à melhoria dos padrões de qualidade do atendimento. Este fato foi realmente importante na implantação, porém um dos fenômenos que pode ser observado em tempos mais recentes relaciona-se à relativa dificuldade de participação de outros profissionais nas discussões acerca de mudanças e alterações conceituais envolvendo o processo. Desta forma, uma série de outros profissionais técnicos relacionados ao atendimento não conseguem introduzir no modelo considerações acerca de aspectos específicos de seus serviços.

7.5.6 - Críticas ao modelo do serviço de atendimento ao cliente.

De todos os modelos observados, o processo gerido pelo serviço de atendimento ao cliente é seguramente o que abre maiores possibilidades de utilização das informações obtidas na administração do hospital. Muitas das medidas tomadas desde sua implantação foram consequentes à análise dos resultados de suas pesquisas, apesar das eventuais reservas que se possa ter acerca dos mesmos.

A principal crítica ao modelo refere-se à metodologia utilizada. O subjetivismo que envolve a maioria das questões componentes da pesquisa é frequentemente usado por parte do corpo administrativo como justificativa para a não aceitação das observações reportadas. A estratificação de juízos em três faixas (insatisfatório, satisfatório e acima das expectativas) impossibilita a elaboração de escores de aceitação do serviço, permitindo apenas que se trabalhe com as respostas insatisfatórias. Como consequência o modelo não é utilizado na divulgação e premiação dos resultados positivos. O próximo passo para o aperfeiçoamento do sistema implica no desenvolvimento de questionários com maior estratificação de conceitos (de altamente insatisfatório a acima das expectativas) com associação de pesos para cada nível, de tal forma que se torne possível a elaboração quantitativa dos parâmetros de mensuração da qualidade dos vários serviços.

Uma outra referência crítica à metodologia relaciona-se à utilização dos gráficos de Shewhart na definição de curvas de tendência. A opção por análise envolvendo um desvio padrão a partir das médias observadas reduz o intervalo de confiança dos universos pesquisados e compromete o nível de significância dos dados obtidos. Além disto, a não aleatoriedade das amostras compromete de per si os resultados apresentados. A nova metodologia deve incluir técnicas de levantamento de dados através deste tipo de amostragens que poderão ser definidas por computador, cabendo aos executores do processo acessar o sistema e proceder à pesquisa dos casos por este definido.

Ainda é necessário considerar o caráter genérico com que o modelo aborda as várias instâncias pesquisadas. A busca de causas dos problemas e das não conformidades geralmente é pautada por critérios superficiais e não envolve estudos dos fluxos de serviços e vinculação entre os vários departamentos que executam procedimentos de assistência. O detalhamento do processo de pesquisa, com imersão nos ambientes de cada uma das unidades produtoras para estudo das questões estruturais

e comportamentais presentes em cada uma delas, pode vir a se tornar instrumento importante no desenvolvimento do conceito de qualidade nos vários departamentos. Atualmente, à exceção de serviços específicos, as chamadas unidades de internação não são abordadas pelo sistema de forma a manterem a sua individualidade e o novo sistema deve descer a detalhes de funcionamento estratificando ainda mais sua estrutura de levantamento de opiniões.

A questão da visão do cliente/fornecedor interno de serviços não é trabalhada por nenhum dos modelos descritos e a proposição de estender a função do serviço para esta área pode vir a configurar por um lado a possibilidade de conhecimento das relações intradepartamentais, dos vários processos por que passam os pacientes na organização e dos fluxos de atendimento e por outro a abertura de conflitos potenciais entre os servidores e os membros do SAC.

Com relação ao perfil de conhecimentos dos membros dos serviços pode se dizer que ainda é necessário definir quais talentos e habilidades seriam essenciais ao desempenho de suas funções. O programa de formação e treinamento destes recursos irá demandar trabalhos na área de psicologia, de relações públicas, de estatística e de administração de serviços de saúde. Tais profissionais, mais que outros da organização, deverão deter uma visão global do hospital, dos seus vários serviços, das disponibilidades de recursos e dos perfis socio-psicológicos dos seus clientes.

Outra questão importante refere-se aos custos decorrentes das situações insatisfatórias. Ainda é incipiente na organização o estudo dos custos de retrabalho e das perdas decorrentes da não adequação dos serviços. É grande a probabilidade de que muitos pacientes insatisfeitos com o atendimento não retornem à organização e influenciem uma parte considerável de seus relacionamentos para que não se utilizem dos seus serviços. Somente com medidas proativas e a abertura de canais de participação dos usuários no modelo, a Instituição poderá dispor de mecanismos de minimização de eventos de não conformidade.

O investimento que as mudanças necessárias irão demandar deve ser visto pela administração com bons olhos. O modelo do SAC é, entre todos, o modelo de maior potencial de utilização administrativa. Seu custeio deve ser imputado diretamente à superintendência do hospital e as características de vinculação funcional devem incluir independência em relação aos demais serviços.

7.5.7- Críticas ao modelo dos Círculos de Controle de Qualidade.

Uma das críticas a se fazer ao modelo dos CCQ foi a relativamente pequena abrangência de atuação dos grupos. A escolha do ambiente administrativo como cenário de desenvolvimento dos trabalhos dos grupos limitou a expansão e a criatividade potencial do trabalho inerente ao modelo aos demais setores de serviços do hospital. A possível participação de elementos produtivos de áreas técnicas talvez pudesse ter contribuído significativamente para o desenvolvimento da consciência de valorização da capacidade inovativa em outros modelos. A pouca penetração do processo de divulgação dos resultados obtidos, especialmente junto à comunidade médica, pode ter sido consequente ao caráter segmentar e corporativo com que os próprios formuladores do modelo enxergavam sua relação com os demais departamentos.

A instituição de slogans e exortações de estímulo à atividade dos grupos chocou-se com um dos princípios basilares propostos por Deming no ideário de valorização da qualidade, e uma das observações importantes refere-se à dinâmica de promoção profissional da Instituição. Nas avaliações de desempenho posteriores à instalação do modelo constatou-se uma tendência de valorização dos membros circulistas, desencadeando com isto formas de reação de todo o corpo funcional aos trabalhos do modelo.

O aspecto de avaliação de resultados dos projetos implantados careceu de critérios de mensuração do incremento de produtividade e redução de custos, e a forma de aplicação dos trabalhos premiados dificultou à administração o acompanhamento de sua dinâmica.

A instituição de mecanismos de premiação em ambiente coletivo, durante a convenção anual de qualidade, estimulou a instalação de competição entre os vários grupos, sendo difícil a resolução dos problemas dela decorrentes. Os membros de departamentos que dispunham de programas de qualidade com outras metodologias passaram a encarar os esforços e projetos dos CCQ com reservas. A não consideração das outras experiências no diagnóstico inicial das condições necessárias à implantação do modelo pode ser responsabilizada por estes equívocos.

Devido aos aspectos culturais relacionados a punição e imputação de responsabilidade pelos erros, gradativamente a participação dos funcionários foi se esvaindo por não verem implantadas suas idéias e propostas de tal forma que nos dias atuais o modelo passa por reformulação de suas propostas e

redefinição de seus papéis. Aqui também, a não identificação do espectro cultural do ambiente, por parte dos formuladores, pode ser responsabilizado como o principal fator de dificuldade de progressão e crescimento do modelo.

8. A experiência administrativa decorrente do uso de informações dos modelos.

A administração do hospital, em muitas ocasiões e circunstâncias, tem utilizado informações produzidas pelos vários sistemas estudados para realizar mudanças e introduzir novas formas de gerenciamento que em síntese tem como objetivo a promoção e garantia da qualidade de serviços. Gradativamente, os resultados decorrentes destas experiências vem firmando o conceito de que os processos de produção de serviços podem se beneficiar substancialmente da implantação de programas de qualidade. Muitos dos desenvolvimentos na área de sistemas e na agregação de novas tecnologias tem se valido dos resultados observados na sua formulação.

Os principais setores beneficiados com esta experiência foram os de recursos humanos e planejamento operacional. Os novos programas de treinamento e educação continuada nos vários departamentos passaram a incorporar aspectos vinculados à visão de qualidade detectada pelas pesquisas do Serviço de Atendimento ao Clientes. Da mesma forma os projetos de expansão da atividade para o novo edifício também tem incorporado conceitos de adequação de área e necessidades tecnológicas decorrentes da forma como os clientes da Instituição desejariam ser atendidos.

Nos projetos técnicos para as futuras instalações e na definição das necessidades de investimentos em equipamentos e pessoal, a administração vem adotando a prática de procurar a participação dos vários grupos e sistemas de qualidade para estudo e proposição de formas de atendimento. Esta postura tem sido responsável por uma abertura do espectro de relacionamentos e valorização do trabalho e das pessoas.

Os exemplos de atuação administrativa na correção de problemas detectados tem valorizado, cada vez com maior ênfase, a procedência e os mecanismos de aquisição de informações dos modelos, particularmente aquelas originadas dos usuários e prestadores de serviços.

8.1- Uso de informações dos modelos para incremento dos padrões de qualidade.

O propósito deste item é descrever situações em que a administração utilizou informações produzidas pelos modelos para implementar novos processos e programas tendo em vista a melhoria da qualidade. A descrição das situações vividas procura seguir a ordem de descrição dos modelos do capítulo sexto.

Caso 1: Laboratório de Análises Clínicas.

O processo do laboratório permitiu a identificação dos seguintes problemas:

- 1) Erros na rotina de identificação dos pacientes,
- 2) Demora excessiva na liberação de resultados,
- 3) Perda de reagentes por problemas de conservação e prazos de entrega,
- 4) Tempo elevado de paralização de equipamentos,
- 5) Falta de confiabilidade em determinados exames,
- 6) Falta de integração e comunicação entre os médicos responsáveis pelo paciente e o corpo técnico do laboratório.

As soluções implementadas para a correção basearam-se sempre que possível no desenvolvimento de rotinas de sistemas que permitissem a automatização dos fluxos. Por exemplo para a correção dos erros de identificação desenvolveu-se pedido eletrônico de procedimentos com campos de preenchimento obrigatório de dados. O mesmo sistema passou a ser a via de acesso para o módulo informatizado de gerenciamento de tempo (T.A.T - Turn Around Time) que controla os vários passos de execução dos exames.

O T.A.T é um programa desenvolvido pelo Laboratório de Informática Médica do hospital que administra os tempos médios de cada uma das fases analíticas dos exames solicitados. Nas situações em que um determinado procedimento está excedendo o limite de variação admitido como adequado um sinal sonoro é emitido pelo computador utilizado pelo técnico responsável pela execução que a partir deste ponto deverá proceder a averiguações das causas de atraso. Todos os exames bioquímicos, sorológicos e hematológicos já dispõe deste software e a observação dos TATs médios nos últimos meses tem demonstrado uma queda constante com redução das ocorrências não previstas. Com este processo, a demora nas entregas de resultados pelo laboratório tem se reduzido a níveis compatíveis com padrões de hospitais de primeiro mundo.

O problema de perda de reagentes foi solucionado com a implantação de políticas de compras e abastecimento através de programações de entregas semanais. Devido às características de grande concentração de insumos importados não foi possível desenvolver uma estrutura de fornecimento baseada em entregas "just-in-time", porém com a política implantada conseguiu-se reduzir as perdas. Outra medida tomada foi a aquisição de novos equipamentos que realizam as análises à seco(baseados em tecnologia de difusão cromatográfica em filmes) que além de permitirem melhor conservação de insumos, por serem automatizados, aumentaram a capacidade produtiva do departamento.

O "down time"(tempo de paralisação dos equipamentos para manutenções técnicas) foi diminuído com a implantação de programa de acompanhamento estatístico de eventos e a manutenção de estoque de partes e peças de reposição suficientes para a correção rápida dos problemas. Além disto a manutenção de estrutura de suporte técnico própria, adequadamente treinada nos principais equipamentos, tem contribuído significativamente na redução dos custos destes serviços.

A falta de confiança que alguns exames suscitavam nos médicos foi trabalhada através de um esforço da análise de consistência dos respectivos métodos e o estabelecimento de rotina de comunicação permanente entre a equipe médica do laboratório e os responsáveis pelas internações. Este programa inclui palestras e reuniões de discussões acerca dos vários mecanismos envolvidos na obtenção de resultados confiáveis e possibilitou ainda um estreitamento dos canais de comunicação inter-pares. O sistema em uso possibilita ainda a obtenção dos resultados pelo médico assistente via computador em qualquer momento ou local com mecanismos de segurança que vedam a outros usuários o acesso a informações confidenciais dos pacientes.

Caso 2 : O Serviço de Controles de Infecções Hospitalares.

O trabalho do S.C.I.H. permitiu a identificação dos seguintes problemas:

- 1) Detecção de surto presuntivo de infecção no ambiente da UTI de adultos em Janeiro de 93,
- 2) Falhas na definição de diagnóstico de infecções de trato respiratório nas Unidades críticas,
- 3) Necessidade de metodologia mais apurada para identificação de bactérias hospitalares,

- 4) Vícios de conduta e comportamento em aspectos técnicos da prevenção da transmissão de infecções no ambiente das unidades de internação.

As soluções encontradas pela administração basearam-se em modificações de estrutura e processos produtivos que permitissem controlar as situações. Por exemplo, providenciou-se reforma de todas as instalações da UTI adultos com substituição de todos os sistemas de distribuição de gases medicinais, redes hidráulicas e elétricas, além da dotação de novos circuitos respiratórios para todos os ventiladores. A proposta implantada foi a de reduzir os tempos de exposição dos pacientes sob ventilação mecânica à bactérias presentes nos ambientes. Com estas medidas, a substituição de equipamentos que se fazia a cada 24 horas passou a ser feita a cada 12 horas. Os níveis de infecções detectadas na Unidade caíram para médias próximas aos valores das séries históricas. Este episódio possibilitou ainda a identificação de falhas no diagnóstico e indicação de assistência respiratória, que passaram a obedecer protocolo definido conjuntamente pelas chefias da UTI.a e do SCIH. Estes serviços estudam no momento quais mudanças este protocolo trouxe aos registros nosológicos da unidade para comparação com o período anterior e identificação do grau de adesão dos profissionais médicos.

A identificação mais precisa das bactérias responsáveis pelas infecções, e das características relacionadas à sua epidemiologia, frequência de ocorrência e sensibilidade a antibióticos desenvolveu na administração a consciência de que se fazia necessário a criação de estrutura laboratorial adequada aos estudos de marcadores por técnicas de biologia molecular. Em março de 93 foi instalado este laboratório com tecnologia de marcação do DNA bacteriano permitindo assim a constituição de um banco de bactérias e um mapa de seus aparecimentos.

As falhas de condutas e comportamentos que possivelmente poderiam ser implicadas na transmissão de infecções pelos profissionais de saúde foram trabalhadas através de um novo programa de treinamento em serviço cuja maior ênfase foi o reforço das rotinas de desinfecção de mãos e das técnicas utilizadas nos procedimentos invasivos. Neste programa a administração procurou destacar as situações mais importantes para cada ambiente estudado.

Caso 3 : A Unidade de Terapia Intensiva de adultos.

O trabalho com gerenciamento de risco dos pacientes críticos nas Utis de adultos permitiu a identificação dos seguintes problemas:

- 1) Incongruências entre os diagnósticos de indicação de internação e as observações clínicas dos pacientes internados,
- 2) Indefinição de protocolos de atuação em patologias de baixa frequência de internação,
- 3) Descoordenação entre formas de atuação de algumas profissões de suporte terapêutico e equipes médicas,
- 4) Falta de rotina de documentação dos indicadores de risco em períodos em que os profissionais treinados nos registros estavam ausentes da unidade.

Para corrigir as distorções encontradas entre os diagnósticos de internações nas unidades intensivas e os relatórios dos médicos responsáveis pelos pacientes nas unidades comuns, a administração implantou protocolo de informação geral acerca do quadro clínico, medidas terapêuticas e prognóstico elaborado pelo corpo médico da UTI. A principal consequência das incongruências citadas era o elevado número de glosas de contas hospitalares por parte dos seguros médicos. Com o relatório descritivo de quadro implantado pelo protocolo houve uma queda significativa destes eventos.

Para resolver as questões de indefinição terapêutica de patologias pouco frequentes e da descoordenação entre profissões a direção da unidade implantou um modelo de reuniões de discussão técnica para desenvolvimento de protocolos específicos de atuação nestas circunstâncias. Promoveu-se remanejamento do pessoal que não aceitou as mudanças propostas para outras áreas da Instituição de forma que todo o quadro funcional passasse a cumprir e respeitar as decisões do consenso. Além disso, desenvolveu-se rotina específica através de agregação de software destinado ao computo de dados dos indicadores de risco de fácil acesso e manipulação. Este sistema introduziu uma nova postura auto-explicativa na sua manipulação que permitiu que qualquer dos profissionais médicos plantonistas pudessem ter acesso ao sistema e à forma de introdução de dados.

Caso 4 : O Departamento de Enfermagem.

O trabalho com o modelo de atendimento de enfermagem no processo de gerenciamento de risco de ocorrências adversas aos pacientes e no plano de cuidados integrais permitiu a identificação dos seguintes problemas:

- 1) Dimensionamento inadequado de quadros funcionais em diversas unidades,
- 2) Indefinição de papéis dos vários níveis profissionais atuantes no setor,
- 3) Especialização excessiva ou insuficiente,
- 4) Dificuldade de rotação de pessoal para cobertura de faltas e férias,
- 5) Demora no atendimento das demandas de pacientes,
- 6) Sub-notificação de ocorrências,
- 7) Demora na correção de problemas notificados pelas fichas de notificação de ocorrências adversas aos pacientes.

Com relação ao dimensionamento adequado de quadros, a administração procedeu a estudo de demanda setoriais por internações e promoveu o rearranjo de pessoal alocado de forma a possibilitar a cobertura de atendimento, dentro do novo modelo, para a situação de máxima ocupação.

Os papéis dos vários níveis profissionais de enfermagem nos departamentos foram claramente estabelecidos e definidos seus limites. O esforço de treinamento e educação continuada passou a privilegiar o reforço dos conceitos vinculados a estes perfis e a questão da super ou subespecialização tratadas de forma a que os profissionais alocados nas várias unidades de internação dispusessem de formação compatível com as necessidades de seus pacientes e do perfil de suas patologias. Na solução da dificuldade de rotação de pessoal para cobertura de contingências de faltas e/ou férias criou-se um mecanismo de atendimento suplementar, com quadro especificamente alocado para este fim, onde todas as especialidades de serviços presentes na instituição estão previstas.

A questão da demora no atendimento dos chamados dos pacientes pelos profissionais responsáveis está sendo trabalhada conjuntamente com o serviço de atendimento aos clientes através da criação de rotinas de serviços e treinamentos específicos que possibilitem o desenvolvimento de maior responsabilidade de todo o corpo funcional na assistência prestada pelas unidades.

Com referência à subnotificação de ocorrências adversas aos pacientes, a administração procurou identificar suas

causas, tendo concluído que um dos fatores mais importantes vincula-se à cultura punitiva. Este traço está sendo trabalhado e o esforço principal tem tido o sentido de adquirir a confiança do pessoal de enfermagem com o esclarecimento constante dos benefícios que o processo traz aos serviços. A demora na correção dos problemas encontrados se deve, na maioria das vezes, à dinâmica de comunicações inter-departamentais, visto que a maioria dos problemas de resolução mais demorada dependem de outros departamentos. A administração estabeleceu critério de prioridade absoluta no trânsito destas informações e na proposição de soluções por parte dos responsáveis.

Caso 5: O Serviço de Atendimento aos clientes.

As informações obtidas pelo SAC permitiram à administração a identificação dos seguintes problemas:

- 1) Inadequação dos espaços e serviços disponíveis para o estacionamento,
- 2) Atrasos causados pela insuficiência de elevadores,
- 3) Instalações hidráulicas e elétricas obsoletas e decadentes,
- 4) Precariedade dos serviços de telefonia,
- 5) Deficiências nos canais de transmissão de programação de tv e vídeo
- 6) Insatisfação com a obrigatoriedade da refeição "Kasher" para todos os usuários do hospital,
- 7) Cardápio pouco diversificado na lanchonete dos acompanhantes,
- 8) limpeza superficial e inadequada das unidades de internação, com excessivo barulho na lavagem dos corredores,
- 9) Demora no atendimento dos serviços de recepção de internações e fechamento de contas,
- 10) Barulho excessivo nos postos de enfermagem, especialmente nos horários noturnos,
- 11) Serviços de transporte de pacientes deficiente e desaparelhado,
- 12) Áreas de conforto e espera dos centros de diagnósticos inadequadas e insuficientes.

As medidas tomadas em relação a estas informações foram de dois tipos de ordem: as que envolviam estrutura e as que envolviam fluxos e procedimentos operacionais. É importante salientar que o tratamento destes problemas exigiu da administração habilidade e sensibilidade política especiais pois muitas das soluções envolviam questões culturais importantes e interferências com as relações de poder institucional.

Na resolução dos problemas de estacionamento foi adquirido imóvel anexo ao terreno do hospital, que possibilitou a ampliação do número de vagas em 20%. Além disto, com a construção do novo prédio, em que estão previstos 5 andares destinados a esta função, está sendo liberado gradativamente um número suplementar de vagas.

A questão dos elevadores, pelo próprio caráter de limitação física, constitui-se em problema de resolução mais difícil. Foram instalados novos sistemas inteligentes de localização e condução de chamadas, porém acredita-se que somente com o acréscimo de novas unidades o nível de queixas em relação a estes serviços deverá apresentar tendência de queda. Uma das propostas da administração, com a abertura de novas unidades de internação no prédio novo, é promover reformas estruturais no prédio atualmente utilizado para as internações clínicas e cirúrgicas que contemplem soluções dos problemas de infraestrutura, instalações elétricas, hidráulicas e de elevadores.

O colapso dos serviços de telefonia demandaram a substituição da central telefônica em uso que dispunha de 80 troncos por uma nova central computadorizada cuja capacidade operacional é de cerca de 4 vezes maior que a substituída. Esta mudança possibilitou, inclusive, a instalação de novos sistemas de atendimento informatizado para marcação de consultas e exames, obtenção de informações de programações de atividades cirúrgicas e telemarketing..

As deficiências com a programação televisiva e os problemas de ordem técnica dos equipamentos envolviam aspectos de trabalho de pelo menos 3 gerências: A manutenção técnica, a área comercial e de marketing e a gerência técnico-administrativa. Após discussões em que representantes destes setores e a superintendência do hospital estiveram envolvidos procedeu-se à substituição do sistema de antenas coletivas, programou-se a instalação de novos equipamentos de alta resolução e desenvolveu-se programação de apresentação de filmes em canais especiais tendo em vista pesquisa de opinião dos usuários.

Com referência aos problemas detectados em relação à qualidade da alimentação servida e à pouca diversificação de cardápio, os esforços da administração se caracterizaram por uma intensa atividade de convencimento dos conselheiros religiosos que por princípio eram contrários à substituição do padrão "Kasher". Após um período de 2 anos logrou-se convencer esta parte da comunidade que a grande maioria dos usuários da organização não eram judeus e conseguiu-se introduzir um novo sistema de preparação de refeições.

Atualmente os serviços de nutrição e dietética, as copas e a lanchonete servem refeições "não Kasher" sendo facultado aos religiosos a escolha de refeições segundo o padrão anterior que são adquiridas junto à empresa especializada em fornecimento de alimentos preparados para companhias aéreas.

A limpeza dos quartos e unidades de internação foi modificada, com a introdução de inspecções durante a sanitização prévia à liberação dos quartos e a questão do barulho na limpeza dos corredores resolvida com a importação de equipamentos especificamente destinados a este fim cujas características de ruídos são sensivelmente melhores que os anteriormente usados.

A demora no atendimento e recepção de internações está sendo trabalhada com planejamento de ampliação dos sistemas e postos de atendimento aos clientes. A administração implantou ainda o sistema de cobrança bancária das contas hospitalares, tendo com isto reduzido sensivelmente o tempo de liberação dos pacientes após a alta clínica. Apenas para exemplificar, no período em que as contas eram recebidos na tesouraria do hospital o tempo decorrido entre a alta clínica e a liberação do quarto para nova internação era de cerca de 9 horas (compreendidos o tempo de efetivo pagamento, saída do paciente, higienização e sanitização da unidade e comunicação ao serviço de admissão da liberação), enquanto que após a mudança implantada tal tempo reduziu-se a 2 horas e 30 minutos em média.

O barulho excessivo nos postos de enfermagem está sendo trabalhado pelos programas de educação continuada por meio do reforço de comportamentos de respeito à dignidade e a vontade dos pacientes assim como muitos dos problemas detectados em relação aos aspectos técnicos da prestação de serviços de enfermagem. A administração, em conjunto com os profissionais responsáveis pela área, desenvolveu novo programa baseado nas observações oriundas das pesquisas do SAC e do módulo de gerenciamento de cuidados integrais.

Com relação às deficiências técnicas dos serviços de transportes de pacientes elaborou-se estudo para a dotação do Primeiro Atendimento de equipamentos de transporte e suporte à vida mais modernos e condizentes com a imagem de alta tecnologia da organização. Estão sendo importadas 3 novas ambulâncias especializadas em remoção de pacientes críticos, completamente aparelhadas para este fim.

As áreas de espera e conforto para pacientes que procuram os centros médico-diagnósticos exigirão maior investimento e tempo para que seus problemas sejam corrigidos. Uma das

medidas de contemporização adotada foi o estabelecimento de rotinas informatizadas para maior regularidade no agendamento de exames e a instalação de serviço telefônico destinado à orientação dos pacientes quanto ao preparo necessário aos seus exames. Com estas medidas conseguiu-se reduzir o tempo de permanência dos pacientes na organização ao mínimo necessário. Nas novas instalações em construção acredita-se que tais problemas estarão resolvidos.

Caso 6 : Os círculos de Controle de Qualidade.

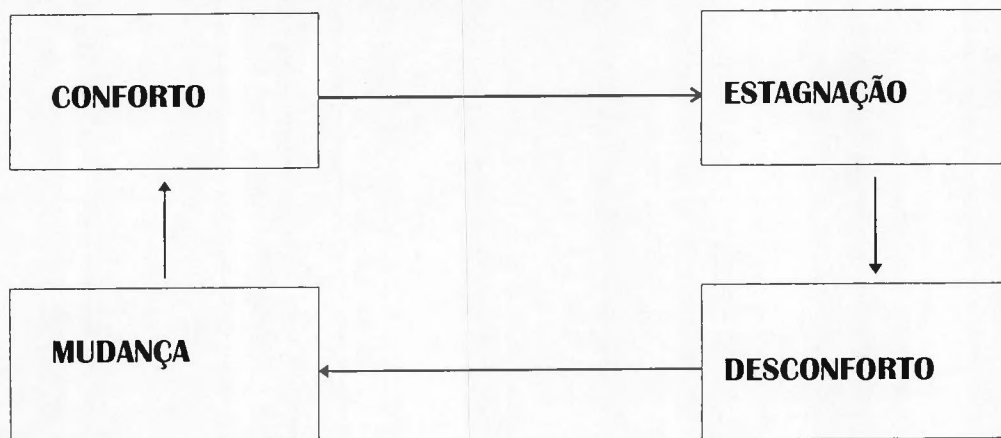
Os trabalhos junto à base operacional executados pelos vários grupos de CCQ permitiram à administração implantar mudanças de rotinas e adquirir experiências com a substituição de equipamentos possibilitando sensível economia de recursos à organização. No ano de 93 foram apresentados 15 projetos pelos vários grupos formados com a implantação de cerca de 10 deles. Podem se constituir em exemplos importantes a substituição de impressoras matriciais que desperdiçavam cerca de 40% das folhas de formulário contínuo por novas máquinas que reduziram a perda a 5%, a instalação de modelo de requisição de serviços de manutenção técnica via correio eletrônico, a informatização das requisições de material fora de estoque e ativos imobilizados, o desenvolvimento através da nova central telefônica de um serviço de atendimento de emergências (especialmente no que se refere ao trabalho da brigada de incêndio), a criação de nova rotina de liberação de recém nascidos e parturientes, a modificação dos mecanismos de aquisição de materiais consignáveis e a rotina de qualificação técnica dos materiais de consumo e medicamentos com a participação dos profissionais prestadores de serviços.

A administração tem se aplicado em estimular a participação de todos os funcionários da base organizacional neste processo e criou, junto ao departamento de recursos humanos, estrutura de suporte responsável pela aplicação das técnicas dos círculos de controle de qualidade. Anualmente, em convenção programada, todos os grupos apresentam seus projetos, sendo então premiados aqueles com o melhor perfil de aplicação e possibilidades de resultados financeiros.

Além das experiências descritas nos seis casos acima, a administração utilizou-se das informações produzidas pelos modelos na formulação do plano diretor de ocupação do novo edifício, especialmente no trato das questões envolvendo fluxos de pacientes, necessidades de equipamentos e de recursos humanos, mecanismos de comunicação e suprimentos e controles de ocupação dos departamentos e serviços.

Uma analogia que pode ser feita a respeito do comportamento nos vários ambientes estudados na organização é com o ciclo de adaptação passível de ser observado nos indivíduos da espécie humana detalhado pela teoria da programação neurolinguística. A este respeito pode se dizer que, regra geral, os indivíduos apresentam comportamentos de defesa de sua integridade seguindo o seguinte modelo:

Figura 1 - Ciclo de adaptação individual.



Os indivíduos, quando tem suas necessidades satisfeitas, estabelecem a situação de conforto cuja característica principal é a postura de defesa do espaço conquistado e de contraposição a qualquer alteração de energia do sistema que implique em risco. Tal posicionamento gradativamente leva à estagnação ou inação, sendo admitida a convivência neste ambiente de fatores de ordem positiva concomitantemente com elementos negativos. Os paradoxos e contrasensos próprios de sua natureza levam ao aparecimento, neste estado, das incongruências relativas ao perfil de comportamento e qualidade de vida, gerando o estado de desconforto. Em tal situação, a presença de conceitos e pensamentos vinculados ao caos e à desorganização precipitam a busca de novos padrões e soluções dos conflitos latentes, impondo-se a necessidade de mudanças que, após a satisfação dos aspectos relacionados às questões críticas, trazem novamente o estado de conforto. Na verdade, as soluções para os problemas encontrados em determinado estado exigem mudanças paradigmáticas. O espectro de formulação dos paradigmas que se relacionam a determinada situação carrega em seu conteúdo limites que somente serão estendidos dentro de um novo paradigma.

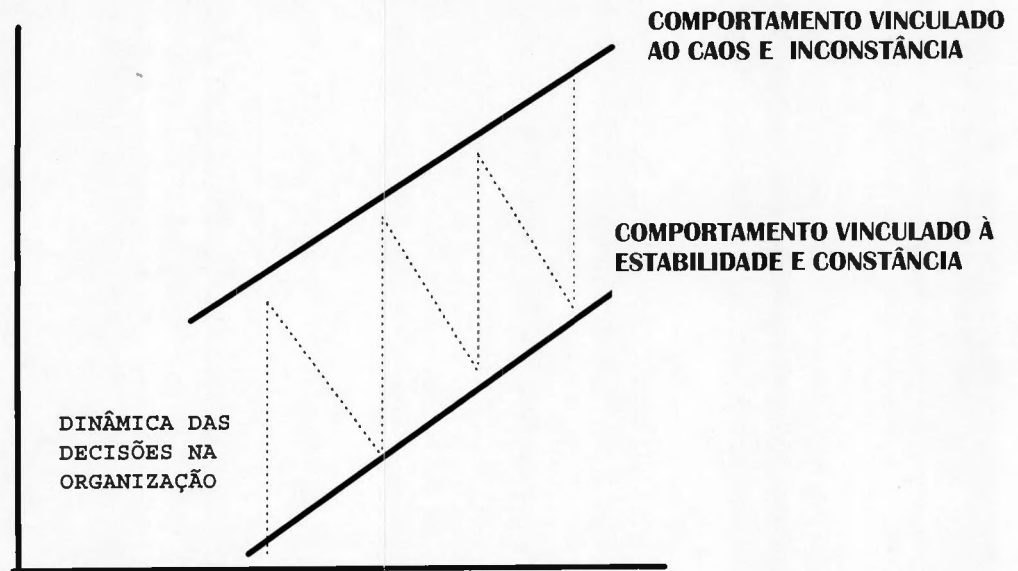
As organizações, à semelhança destes organismos, também podem apresentar o mesmo tipo de comportamento cíclico com a agravante de, por se constituírem de vários personagens, configurar dois tipos básicos de prevalência de conceitos:

- 1) Baseado na ordem, nas normas estabelecidas e na regularidade de padrões e,

- 2) Baseado no caos, na inquisição e questionamento, e no desconforto.

Graficamente pode se dizer que o comportamento organizacional transita entre as duas retas do desenho abaixo:

Figura 2 - Gráfico de evolução comportamental



Na reta inferior localizam-se os patrimônios comportamentais e culturais vinculados à ordem, à organização dos processos e à burocracia, que defendem as posições confortáveis e previsíveis e a manutenção do status existente. Na reta superior localizam-se os patrimônios comportamentais vinculados às mudanças e questionamentos ideológicos, às inovações, às revoluções tecnológicas e comportamentais e às mudanças para o crescimento.

É óbvio que este jogo pode se transformar em circunstância extremamente delicada e dolorosa ao corpo da organização. O que se pode perceber em instituições que implantaram com sucesso programas de qualidade é que a valorização da consciência de mutação constante do ambiente, a implantação de modelos de administração estratégica e sistemas para a garantia da qualidade com caráter participativo constituíram-se em fatores essenciais ao êxito. A agregação de valores baseados na consciência do conhecimento de sistemas, em estudos de cenários e na aprendizagem contínua tornou-se o elemento diferenciador destas organizações.

O hospital estudado ainda apresenta um modelo reativo de busca de correções e mudanças tendo em vista o reestabelecimento de situações de equilíbrio e conforto. Contudo, a presença das experiências implantadas tem

gradativamente desenvolvido em todos os atores envolvidos a consciência de que mudar é preciso, inovar é essencial e a criação deve ser estimulada. Com referência aos objetivos propostos pode se concluir que a cultura para a qualidade na assistência à saúde, de maneira geral, e médica em particular, está presente na organização.

Os vários modelos analisados apresentam características distintas de maturidade e estágios diferenciados de evolução quanto às necessidades de novas ferramentas metodológicas e mudanças conceituais. O nível de engajamento de todos os participantes difere entre as áreas de atuação sendo isto consequência dos fatores culturais presentes na organização, especialmente daqueles vinculados ao exercício de profissões na área de saúde.

O esforço da administração no sentido de promover e implantar novos padrões carece de maior homogeneização de doutrinas e conceitos acerca dos vários processos presentes. O desenvolvimento de ferramentas que possibilitem o conhecimento dos vários fluxos organizacionais e a identificação da melhor forma de garantir qualidade em cada serviço ou departamento passam pela definição de parâmetros que incluam a visão dos prestadores de serviços, dos usuários e dos administradores.

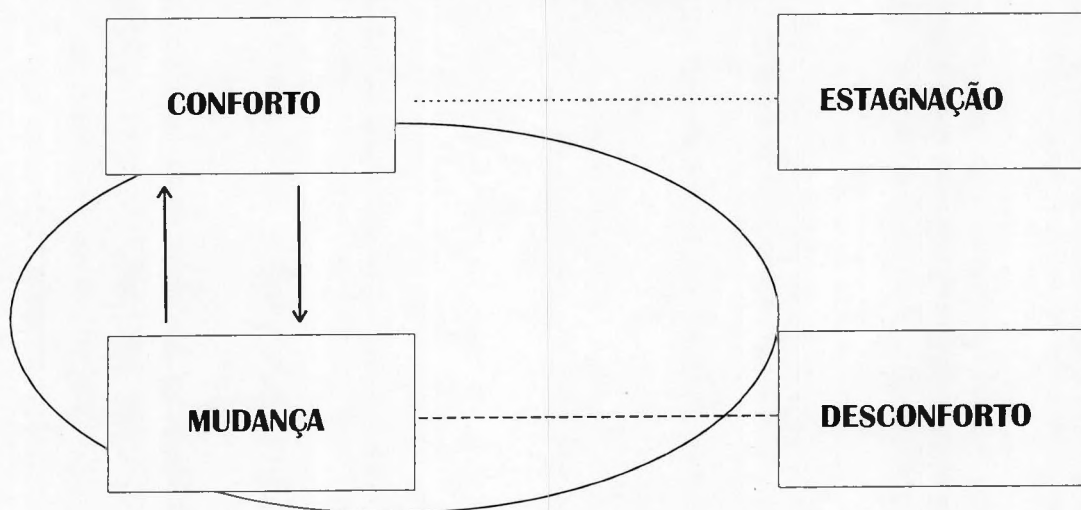
Cada modelo foi descrito e analisado segundo sua forma, seus resultados e amplitude de penetração baseando-se o estudo na estrutura, processos e resultados. As não conformidades identificadas possibilitaram medidas administrativas concretas de correção dos caminhos. A administração do hospital deve procurar ampliar a utilização das informações produzidas pelos modelos na proposição de um sistema de atendimento que, além de promover o aspecto técnico do cuidado à saúde, estimule a humanização das relações interprofissionais, entre usuários e prestadores de serviços e entre os pacientes e a organização. A introdução dos conceitos vinculados à qualidade do atendimento, à qualidade de vida dos trabalhadores e ao conhecimento das modernas técnicas administrativas pode acabar por se constituir em elemento fundamental na alavancagem das mudanças culturais essenciais à Instituição.

O crescimento observado nos últimos anos tem se constituído na principal razão da aparente falta de integração entre os modelos. A estrutura de suporte cultural aos comportamentos presentes na organização passa no momento por um processo de revisão de padrões e definição de novos espectros de atuação e necessidades. A preocupação com qualidade é um dos agentes de transformação mais importantes.

Na medida em que possa ser administrada com ampla participação poderá receber validação dos vários agentes e tornar-se elemento de franca metamorfose cultural.

A quebra do modelo cíclico de transformação que envolve o trânsito comportamental entre conforto- estagnação- desconforto- mudança - conforto poderá se instalar a partir da valorização de comportamentos proativos e do aspecto vinculado ao acompanhamento constante e detecção precoce das necessidades de transformação.

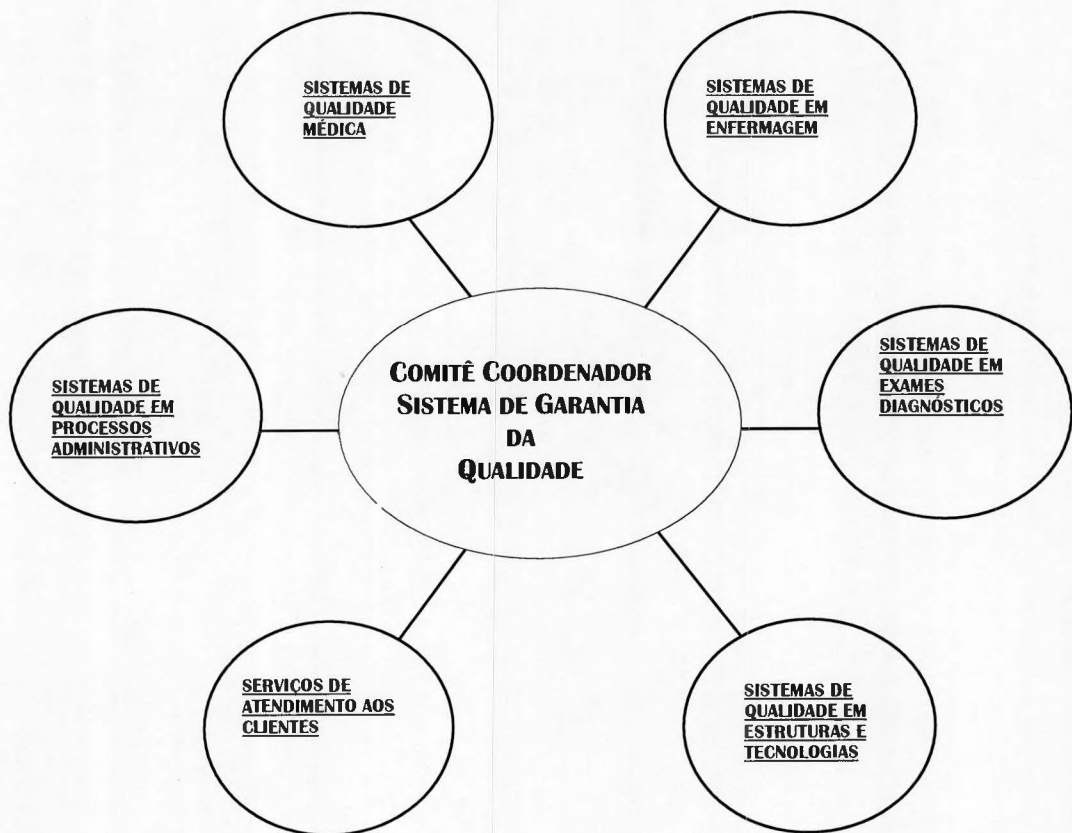
Figura 3 - Ciclo de comportamento proativo.



A organização, como muitas outras já o fizeram, precisa aprender a operar sobre bases de cenários em mutação. A angústia decorrente deste tipo de trabalho, em que elementos de imprevisibilidade e imponderabilidade estarão sempre presente, somente será aliviada com a valorização do espírito criativo e inovador de todos os colaboradores.

O modelo proposto deve contemplar a análise de todas estas observações e dispor de coordenação central que possibilite a integração dos vários processos em curso, assim como o desenvolvimento de novas experiências. Sua base conceitual e ferramentas necessárias devem ser de acesso e conhecimento franqueado a todos os operadores e interessados. A discussão crítica acerca do desempenho de cada um dos módulos deve inserir caracteres de democratização e disseminação livre das informações e resultados e o traço punitivo deve ser completamente eliminado.

SISTEMA DE GARANTIA DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR



A proposta é de criação de um modelo que integre através de comitê coordenador os sistemas de qualidade médica, em enfermagem, em exames diagnósticos, em estruturas e tecnologias, em processos administrativos e os serviços de atendimento aos clientes. Entre seus principais papéis estão o de se responsabilizar pelo planejamento das formas de integração inter-sistemas, pela programação de objetivos e metas a serem atingidos e pela identificação da cultura ambiental da qualidade e quais as necessidades de atuação no sentido de sua promoção. Deve também ser de sua atribuição a instalação de mecanismos que garantam a democratização do acesso às informações, como também a identificação de que fatores possam estar interferindo negativamente com o avanço do processo de garantia da qualidade para sua eliminação. Na sua composição devem ter participação representantes de cada um dos sistemas propostos além de membros da superintendência do hospital e da diretoria da sociedade mantenedora.

SISTEMAS DE QUALIDADE MÉDICA.

A proposta é a integração das atividades exercidas atualmente pelo Serviços de Controle de Infecções Hospitalares e o modelo de gerenciamento de Risco nas Utis dentro de um Sistema que incluirá também dois novos modelos: A comissão de revisão de prontuários médicos e a comissão de padronização de procedimentos. A intenção deve ser não de instalar políticas de cerceamento ou restrição do exercício da atividade médica mas de implantar mecanismos que permitam a definição de padrões adequados de serviços nesta área e o desenvolvimento da consciência de quais seriam as melhores formas de prestação de serviços. As informações produzidas por estes modelos podem vir a subsidiar as decisões administrativas de investimentos em novas tecnologias, controles epidemiológicos e acerca da performance de seus médicos cadastrados.

SISTEMAS DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM.

Aos trabalhos executados atualmente pelo Plano de cuidados integrais e pelo módulo de gerenciamento de risco de ocorrências adversas aos pacientes integrar-se-iam os executados por uma comissão de normas técnicas de procedimentos de enfermagem e um processo de auditoria dos registros de enfermagem de forma a possibilitar a identificação das principais práticas e habilidades do departamento, sua documentação, e o conhecimento de que novas necessidades que possam vir a se impor nos processos de treinamento e educação continuada. A administração poderia passar a dispor de conhecimentos mais amplos e específicos no sentido de estabelecer planejamento de necessidades nesta área.

SISTEMAS DE QUALIDADE EM EXAMES DIAGNÓSTICOS.

A proposição para este setor de atividade do hospital é criar dois subsistemas relacionados ao diagnóstico por imagem e aos diagnósticos executados por procedimentos invasivos, além do desenvolvimento de estrutura integrada de informática que possibilite a integração das informações originárias dos serviços de apoio diagnóstico em um único prontuário eletrônico. A manutenção do modelo de qualidade atualmente disponível no Laboratório Clínico pode servir de referência aos trabalhos da administração na criação do novo modelo. Desta forma, as experiências decorrentes da implantação do T.A.T. e da emissão de laudos por computador poderão ser utilizadas no desenvolvimento de sistemas que tornem o acesso às informações do departamento de relativa facilidade pelos profissionais médicos responsáveis pelos pacientes. Uma das

necessidades a ser estudada é a que se refere a digitalização de imagens para posterior transmissão via rede. Isto demandará considerável investimento financeiro da organização.

SISTEMAS DE QUALIDADE EM ESTRUTURAS E TECNOLOGIAS.

A proposta implícita no desenvolvimento deste modelo é a de buscar a integração entre vários serviços já existentes na organização como por exemplo as comissões de tecnologia médica e de engenharia e arquitetura dentro de um sistema que possibilite o desenvolvimento de ações coordenadas no que se refere às alterações estruturais necessárias. O que se pode constatar é que a independência de atuação destes serviços podem ser responsáveis por eventuais desperdícios e retrabalhos. À medida que o trabalho de incorporação tecnológica e ampliação dos espaços físicos possa estar incorporado aos mecanismos de planejamento da administração pressupõe-se que haverá uma otimização na utilização de recursos.

SISTEMAS DE QUALIDADE EM PROCESSOS ADMINISTRATIVOS.

Na proposição de criação destes sistemas estão implícitas as necessidades de definições de novos papéis para a administração do hospital. Incluem a elaboração de políticas assertivas na padronização de insumos materiais e medicamentos através do trabalho da respectiva comissão, a extensão do papel de formulação de política de informática a todos os ambientes de trabalho com a criação da comissão de informática hospital, atualmente circunscrito ao laboratório de informática médica, e a introdução de formas de estudo dos fluxos e processos produtivos e da reorganização administrativa da Instituição. A administração provavelmente necessitará estabelecer novos princípios de atuação destes setores privilegiando a prática de registros documentais de todos os processos presentes na organização

SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AOS CLIENTES.

A proposta para estes serviços implicam na ampliação de seu espectro de atuação no ambiente da organização com a criação dos serviços de atendimento aos clientes internos, os grupos de participação dos usuários externos e o grupo de integração dos prestadores de serviços. A metodologia de apuração de informações para o serviço atualmente disponível deverá passar por reformulação que lhe dê consistência e validade estatística e a criação de pesquisas que permitam apurar o nível de satisfação/insatisfação dos clientes e fornecedores de serviços dentro da organização devem se nortear pelos mesmos princípios. A criação de mecanismos de

participação dos diversos usuários poderá se dar por meio dos dois outros serviços criados, e uma das sugestões é desenvolver programa específico de encontros em reuniões com grupos de usuários e/ou prestadores de serviços em que se demonstrem os princípios do modelo e se discutam mecanismos de ajustes e recepção de críticas.

Por fim, é importante observar que a análise dos modelos observados permite concluir que o movimento para a qualidade na Instituição tem sido responsável por grande parte das inovações implantadas. A discussão dos vários aspectos da cultura da organização presente em seus passos tem possibilitado o aparecimento de conflitos e propostas de crescimento que antes estavam subjugadas pelo caráter geral inibitório da participação dos funcionários e agentes do processo produtivo. A proposição de ausculta dos anseios dos usuários e da identificação dos interesses dos vários atores tem aberto caminho para que a administração do hospital identifique que alternativas podem abrir possibilidades de transformação da sua estrutura e incremento dos padrões de qualidade.

10-BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

- ABCQ-Associação Brasileira de Controle da Qualidade.**
Seminário: *A América Latina e a Qualidade*. Boletim técnico, Rio de Janeiro, 9 a 13 de Maio 1988.
- ABREU, R.C.L.** *CCQ-Círculos de Controle da Qualidade : A Integração Trabalho-Homem-Qualidade Total*. Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1991.
- APM/CRMSP-Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina de São Paulo.** *C.Q.H.- Programa de controle da Qualidade de atendimento médico hospitalar do Estado de São Paulo*. Manual de Orientação aos Hospitais. São Paulo, APM/CRM-SP, 1993.
- BALL, M.J., HANNAH, K.J, GERDIN JELGER,U, PETERSON,H.** *Nursing Informatics. Where Caring and Technology Meet*. New York, Springer-Verlag, 1988.
- BARROS, C.D.C.** *Círculos de Controle de Qualidade - São Paulo*, Nobel Ed.- 1988.
- BERTALANFFY, L.V.** *Teoria Geral de Sistemas*. Trad. F.M.Guimarães, 2.ed, Rio de Janeiro, Ed.Vozes, 1975.
- BRASIL, Ministério da Saude.** Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Estabelece definições e formas de atuação das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares, Brasília,DF, Diário Oficial da União de 25 de junho de 1983.
- BRASIL,Ministério da Saúde.** Portaria 930,de 27 de agosto de 1992. Estabelece critérios de formação e exigências legais na constituição das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares.Brasília,DF, Diário Oficial da União de 28 Ago.1992.
- CARR, D.K, LITTMAN, I.D.** *Excelência nos Serviços Públicos Gestão da Qualidade Total na década de 90*. Trad. Heloisa Martins-Costa, Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1990.
- CHAVES, M.M.** *Saúde Uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Ed.Guanabara Dois,1982.p18-23.
- _____, _____. *Saúde e Sistemas*.Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978, p 8-10.
- CHUNG,T.** *Qualidade começa em mim*. Manual neurolinguístico de liderança e comunicação. São Paulo,SP, Maltese, 1994.
- COBRA, M.H.N. e SWARG, F. A.** *Marketing de Serviços : conceitos e estratégias*. S.Paulo, McGraw- Hill, 1986.
- CONSTITUIÇÃO REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL , 1988.**
- COVEY, S.R.** *Os 7 hábitos das pessoas muito eficientes*. Trad. Celso Nogueira, São Paulo, Best Seller, 1992.

- DEMING, W.E.** *Qualidade, A revolução na administração.* Trad. Clave Comunicação e Recursos Humanos, Rio de Janeiro, 1982.
- DONABEDIAN, A.** Five Essential Questions Frame the Management of Quality in Health Care. *Health Management Quarterly* 9, n.1, 1987: p 6-8
- _____, _____. The Definition of Quality: A Conceptual Exploration. In Donabedian, A, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol.I: The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980. p3-31
- FEIN, I.A., STROSBERF, M.A.** *Managing the critical care unit.* Rockville, MD, Aspen, 1987.
- FLEURY, M.T.L., FISCHER, R.M.** *Cultura e Poder nas Organizações.* São Paulo, Atlas, 1992.
- FREITAS, M.E.** *Cultura Organizacional, Formação, Tipologias e Impacto.* São Paulo, Makron Books, 1991.
- HOLANDA, A.B.** *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1.a Ed, 1972.
- HOWANITZ, P.J., HOWANITZ, J.H.** *Laboratory Quality assurance,* New York, McGraw-Hill, 1987.
- ISHIKAWA, K.** "TQC-Total Quality Control" *Estratégia e Administração da Qualidade.* São Paulo. IM&C International Sistemas Educativos Ltda. 1986.
- JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.** *Accreditation Manuals for Hospitals.* Oakbrook Terrace, IL, JCAHO, 1993.
- _____, _____. *An Introduction to Joint Commission Nursing Care Standards.* Oakbrook Terrace, IL, JCAHO, 1991.
- _____, _____. *Risk management strategies.* Oakbrook Terrace, IL, JCAHO, 1991.
- JURAN, J.M.** *Quality Control Handbook.* New York, NY, McGraw-Hill, 1988.
- KATZ, J., GREEN, E.** *Managing Quality, A guide to monitoring and evaluating Nursing services.* St.Louis, Mo, Mosby Year Book, 1992.
- LANDMANN, J.** *Evitando a saúde e prevenindo a doença.* Rio de Janeiro, Achiamé, 1982, p.25-26.
- LEVINSON, H.** *Organizational Diagnosis.* Cambridge, Ma, Harvard University Press, 1972.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde.* Brasília, Centro de Documentação do Min.Saude, 2 ed., 1983, 120p.

- MINTZBERG, H, QUINN, J.B.** *The Strategy Process, Concepts and Contexts.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1992.
- MIRSHAWKA, V.** *Hospital: Fui Bem atendido a vez do Brasil.* São Paulo, SP, Makron Books, 1994.
- MOLLER, C.** *O lado humano da Qualidade.* Trad.Nivaldo Montigelli Jr., 7.Ed.,São Paulo,SP, Pioneira, 1993.
- NAKAGAWA, M.** *Gestão Estratégica de custos. Conceito, Sistemas e Implementação JIT/TQC.* São Paulo, SP, Atlas, 1993.
- NOVAES, H.M, PAGANINI, J.M** - *Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe.* Opas/OMS - Brasília, Fed.Latino-Americana de Hospitais, Série SILOS n.13, 1992
- OVRETVEIT, J.** *Health Service Quality : An Introduction to Quality Methods for Health Services.* Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1992.
- PETERS, T.J., WATERMAN, R.H.** *In Search of Excellence: Lessons from America's Best Run Companies.* New York, NY, Harper & Row, 1982.
- _____, _____. *The quality progression : getting beyond the obvious.* New York, NY, Enterprise on Line , 1991.
- _____, _____. *Thriving on chaos.* New York, NY, Knopf, 1988.
- PINHO TAVARES, M.G.** *Cultura Organizacional: Uma abordagem antropológica da mudança.* Rio de Janeiro, RJ, Qualitymark, 1993.
- PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE-1993.** *Critérios de Excelência. O estado da arte da Gestão da Qualidade Total.* São Paulo, SP, Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, 1993.
- QUALIMETRIA.** Ed. Especial *Qualimetria Hospitalar.* Set.92. São Paulo, SP, 1992.
- REINKE, W.A.** *Health Planning for Effective Management.* New York, NY, Oxford University Press, 1988.
- REVISTA INDICADORES DA QUALIDADE E PRODUTIVIDADE.** V1,n1 - Fev 1993 - Brasília - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.
- SCHNEIDER, D.J, HASTROF, A.H, ELLSWORTH, P.C** . *Person Percepçion.* 2nd ed., Reading, MA, Addison-Wesley Publishing, 1979.
- SENGE, P.M.** *A Quinta Disciplina. Arte, Teoria e prática da Organização de Aprendizagem.* Trad.Regina Amarante. Rio de Janeiro, Best Seller, 1990.
- STEFANELLI, M.C.** *Comunicação com paciente. Teoria e Ensino.* São Paulo, SP, Robe editorial, 1993.
- STRASSER, S, DAVIS, R.M.** *Measuring Patient Satisfaction for Improved Patient Services.* Management Series.

- American College of Healthcare Executives. Ann Harbor, Il, Health Administration Press, 1991.
- UNIMED.** _CCQ - Círculos de Controle de Qualidade. São Paulo, SP, Unimed, 1991.
- VUORI, H.V.** *Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology.* Copenhagen, World Health Organization, 1982.
- WALTON, M.** - *The Deming Management Method.* New York, NY, Perigee Book, 1986.
- WHITELEY, R.C.** *A empresa totalmente voltada para o cliente. Do planejamento à ação.* Trad. Ivo Korytowski, Rio de Janeiro, RJ, Campus, 1992.
- XAVIER, A.C.R., TIRONI, L.F.** Texto para discussão n.262 *Experiências Espanholas e Francesas em programas da Qualidade.* Junho 1992. Brasília, IPEA, 1992.

Anexo I - Parâmetros avaliados pelo APACHEII



Hospital Israelita Albert Einstein

FICHA DE INTERNAÇÃO

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

┌

Idade:

Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc.

Data internação CTI:

Hora:

Procedência: ☐ Centro Cirúrgico

☐ Cirurgia eletiva

☐ Cirurgia urgência

☐ Primeiro Atendimento

☐ Ala

☐ Semi-Intensiva

☐ Outro Hospital

☐ Consultório/Residência

Data alta UI:

Destino após UI: ☐ Semi-Intensiva

☐ Ala

☐ Outro Hospital

☐ Residência

☐ Óbito

Data alta CTI:

Destino após CTI: ☐ Ala

☐ Outro Hospital

☐ Residência

☐ Óbito

Médicos responsáveis:

Motivo da internação:

Resumo clínico:

Antecedentes

Exame Físico na Admissão

Exames na admissão

Diagnósticos na admissão

Comentários e Conduta

ACUTE PHYSIOLOGIC AND CHRONIC HEALTH EVALUATION – APACHE II
PRINCIPAIS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

PACIENTE NÃO CIRÚRGICO

Causas diversas:

- ☐ Intoxicação exógena
- ☐ Cetoacidose diabética
- ☐ Sangramento gastrointestinal

Sistema cardiovascular:

- ☐ Aneur. dissecante AO torácico/abdominal
- ☐ Arritmia
- ☐ Choque cardiogênico
- ☐ Choque hemorrágico/hipovolêmico
- ☐ Doença coronariana
- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Insuficiência cardíaca congestiva
- ☐ Sepsis (qualquer etiologia)
- ☐ Pós-PCR

Sistema respiratório:

- ☐ Asma/Alergia
- ☐ Asp./envenenamento/intoxicação
- ☐ DPOC
- ☐ Edema pulmonar (não cardiogênico)
- ☐ Embolia pulmonar
- ☐ Infecção sist. respiratório
- ☐ Neoplasia sist. respiratório
- ☐ Pós-parada respiratória

Sistema nervoso:

- ☐ Hemorragia IC/SD/SA
- ☐ Síndrome convulsiva

Trauma:

- ☐ Politraumatizado
- ☐ Trauma de crânio (isolado)

PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO

Cirurgias diversas:

- ☐ Cirurgia neoplasia GI
- ☐ Cirurgia renal por neoplasia
- ☐ Obstrução/perfuração GI
- ☐ Sangramento gastrointestinal
- ☐ Transplante renal

Sistema cardiovascular:

- ☐ Adm. doença cardiovascular crônica
- ☐ Cirurgia cardíaca valvular
- ☐ Cirurgia vascular periférica
- ☐ Choque hemorrágico
- ☐ Pós-parada cardiorespiratória
- ☐ Sepsis (qualquer etiologia)

Sistema respiratório:

- ☐ Cirurgia torácica por neoplasia
- ☐ Pós-parada respiratória
- ☐ Insuf. respiratória pós-cirurgia

Sistema neurológico:

- ☐ Craniotomia por hemor. (IC/SD/SA)
- ☐ Craniotomia por neoplasia
- ☐ Laminect. ou out. cir. med. espinal

Trauma:

- ☐ Politraumatizado
- ☐ Trauma de crânio (isolado)

Se nenhum dos diagnósticos anteriores, assinale o principal sistema acometido

- ☐ Neurológico
- ☐ Gastrointestinal
- ☐ Cardiovascular
- ☐ Metabólico/renal
- ☐ Respiratório

DOENÇA CRÔNICA

Assinale a presença (previamente à esta internação) dos itens abaixo:

- ☐ 1 - Doença cardiovascular: sintomas CY em repouso ou mínimos esforços (vestir-se, higiene pessoal) (classe IV – NYHA).
- ☐ 2 - Doença respiratória: doença pulmonar obstrut./restrit./vascular causando restrição menores movimentos (subir escadas, cuidar da casa); hipoxemia ou hiperapnéia crônicas; hipert. pulmonar; polictemia secundária.
- ☐ 3 - Doença renal: paciente em diálise crônica (hemo ou peritoneal).
- ☐ 4 - Doença gastrointest.: Círcose (comprovada por hipertensão porta documentada ou sangramento GI progressivo por varizes); episódios progressivos de insuf. hepática/encefalopatia/coma.
- ☐ 5 - Imunodeficiência: Tumor sólido com metástase, leucose (LMC, LLC), mieloma múltiplo, linfoma, imunossupressão por QT, RT ou corticosteroide em altas doses, transplante de órgãos, SIDA com manifestações clínicas.
- ☐ 6 - Paciente não apresentava doença crônica nas condições acima.
- ☐ 7 - Outros.

Paciente completará 24hs de internação às _____:_____ de _____/_____/_____

Médico C.T.I.

P. 622 - Gráficas 11.1.1.5 - Concordancia de Materias

[illegible]

Anexo II - Parametros avaliados por					
	BALANÇO ZAHN.				
G	EV				
A	VO				
A	VS				
N	DETA				
H	RPP				
O	SANQUE				
S					
	TOTAL				
P	DIRESE				
E	SNG				
R	DREOS				
R	MANHÃ		TARDE	NOITE	
A	EVAC.				
A	VOMITOS				
S					
	TOTAL				
	BALANÇO DIÁRIO:				
	CUMULATIVO:				

PESO: ALTURA:

P-029 - Cálculo HLA-E - Correlação de Espinha

[illegible][illegible]

DRENO(S) TÓRAX					
SALVAD (SM)	D	E			
M A	1	2	1	2	
A A					
N M					
O SCL A					
BORBU LIA					
PNCALO					
A A					
T T					
A A					
R R					
D D					
PNCALO					
E E					
M M					
O O					
I I					
T T					
PNCALO					
E E					

PROCEO. SISTEMA NERVOSO CENTRAL

- ☐ Coma induzido (terapêutico)
- ☐ Controle horário de sinais vitais neurológicos
- ☐ Monitorização da pressão intracraniana _____ ° dia
- ☐ Procedimentos para convulsões ou encefalopatia metabólica

PROCEED. APAR. RESPIRATÓRIO e VENTILADOR

- ☐ Aspiração intratraqueal pac. sem EOT
- ☐ Cateter, máscara O₂, inalação
- ☐ Cuidados com traqueostomia
- ☐ Entubação nasal/ou orotraqueal _____ ° dia
- ☐ Fisioterapia respiratória
- ☐ PS ≤ 10 ou RIV ≤ 2 ou CPAP
- ☐ PS > 10 ou RIV > 2 _____ ° dia
- ☐ Reintubação _____ ° dia
- ☐ Cânula de traqueostomia _____ ° dia
- ☐ VC (ventil. control): com curare
- ☐ VC (ventil. control): volume ou pressão
- ☐ VE (ventil. espont.): com EOT ou traqueostomia

PROCEDIMENTOS APARELHO CARDIOVASCULAR

- ☐ Cardioversão por antena (sem PCR)
- ☐ Débito cardíaco (qualquer método)
- ☐ Marca-passo em demanda
- ☐ Marca-passo profilático (somente fo MP)
- ☐ Marca-passo temporário/definitivo funcionando
- ☐ PCR e/ou desfibrilação elétrica

PROCEDIMENTO APARELHO DIGESTIVO

- ☐ Enterostoma
- ☐ Lavagem por SNG devido sangramento GI agudo

MÉTODOS DIALÍTICOS

- ☐ Diálise peritoneal/irrigação contínua cavidade peritoneal
- ☐ Hemodálise, hemoperfusão, UF, CAVH, CAVHD paciente estável
- ☐ Hemodálise, hemoperfusão, UF, CAVH, CAVHD paciente instável

SANGUE e DERIVADOS

- ☐ Infusão citoprotetora/plasma fresco
- ☐ Infusão sangue e derivados (até 5U/24 hs)
- ☐ Infusão sangue e derivados frequente (> 5U/24 hs)
- ☐ Infusão de sangue sob pressão/rápida
- ☐ Plasmalírese
- ☐ Transfusão de plaquetas

MEDICAMENTOS

- ☐ Antibiototerapia EV (2 ou menos)
- ☐ Antibiototerapia EV (mais de 2)
- ☐ Anticoagulação EV
- ☐ Anticoagulação SC
- ☐ Anticoagulação VO
- ☐ Antitônico EV
- ☐ Digital EV
- ☐ Dureza torçãda (manitol/diuréticos)
- ☐ Fibrinolítico EV
- ☐ Infusão concentrada KCl via cateter venoso central
- ☐ Infusão contínua de antiarrítmicos
- ☐ Infusão de droga vasoativa (1 droga)
- ☐ Infusão de droga vasoativa (+ de 1 droga)
- ☐ Infusão intra-arterial contínua
- ☐ Infusão pitressina EV/Silamih/DQAVP (nasal)
- ☐ Infusão de volume (sem volume manutenção)
- ☐ Medicação EV em "bolus" (hora de horário)
- ☐ NP (nutrição parenteral) periférica/uso intralípido
- ☐ NP (nutrição parenteral) central
- ☐ Prescrição para alcalose/ladoxa metabólica
- ☐ Quimioterapia parenteral/Pulsoterapia

LABORATÓRIO

- ☐ Exames de sangue: perfil I ou II
- ☐ Múltiplas dosagens: glicose, coag. Dextro > 4 vezes/24hs

SONDAS e CATETERES

- ☐ 1 via periférica puncionada
- ☐ 2 veias periféricas puncionadas
- ☐ Cateter arterial (para PAU) _____ ° dia
- ☐ Orelho(s) abdominal (s)
- ☐ Dreno(s) torácico(s)
- ☐ Dreno(s) sob aspiração contínua
- ☐ Intracath/Duplo Lumen/Shiley/Fiebotomia _____ ° dia
- ☐ SNG, SNE, sonda retal, gastrostomia aberta
- ☐ SNG, SNE, gastrostomia com dieta _____ ° dia
- ☐ Sonda Sengstaken-Blakemore _____ ° dia
- ☐ Sonda vesical _____ ° dia
- ☐ Sonda vesical sob irrigação contínua
- ☐ Swan-Ganz (cateter artéria pulmonar/Atrio Esquerdo) _____ ° dia

PROCEDIMENTOS DIVERSOS

- ☐ Balanço (ganhos/perdas) frequente (+ 3 vezes/24hs)
- ☐ Controle horário sinais vitais (+ monitor PA não invasiva)
- ☐ Endoscopia ou broncoscopia de urgência
- ☐ Irrigação, curativo, debridamento extenso, colostomia
- ☐ Medidas terapêuticas para óvula decúbito
- ☐ Procedimentos cirúrgicos de urgência
- ☐ Sangria (por excesso de volume)
- ☐ Torção/parafibrilção/Clotese emergência
- ☐ Troca rotineira de curativos
- ☐ Trocas múltiplas de curativos
- ☐ Transporte inter-hospitalar com vent. mecânica
- ☐ Transporte intra-hospitalar sem vent. mecânica

EQUIPAMENTOS

- ☐ Bomba de infusão
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Oxímetro digital

DIAGNÓSTICOS**PROBLEMAS ATIVOS****PROBLEMAS INATIVOS****EVOLUÇÃO MÉDICA**



Sociedade Beneficente Israelita Brasileira
Hospital Albert Einstein

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
Comissão de Qualidade
OCORRÊNCIAS ADVERSAS AO PACIENTE

Anexo III - Formulário de Notificação de Ocorrências Adversas.

Paciente: _____

Conta Corrente: _____ Prontuário: _____

Preencher quando não houver etiqueta disponível.

1-Data:	2-Período			3- Razão da vinda ao Hospital							
	/	/		Manhã	Tarde	Noite	Clinico	SADT	Cirúrgico	Mat/Ber	PA

4- Origem do Relatório							
Enfermagem	SADT	Manutenção	R.H.	Materiais	Engenharia	Tec. Administrativo	
Importação	Superint	Compras	Médica	Jurídica	Comercial		

5 - Tipo de OCORRÊNCIA - (Assinale somente 1 tipo por ficha)				
Queda	Medicamentos	Adm de Sangue	Proc. Diag. Terapêutico.	Condições desfavoráveis ao atend.

6- Queda			
Da cama / Maca	Da mesa Cirúrgica/ Exame	Da cadeira	Da própria altura

Restrição	Prescrição de atividade	Uso de Grades	Estado mental	Conduta
Restringido	Repouso absoluto	Cabeceira	Orientado	Exame físico / Obs
S/Restr. c/prescrição	Levantar com auxílio	Pés	Desorientado	Obs. / Medicação
S/Restr. s/prescrição	Liberto para levantar	Ambas	Inconsciente/ Comatoso	Exame Diagnóstico
Retirado pelo paciente				Sutura
S/necessidade prescrição				Cirurgia
				Outra:

Avisado Supervisão	Nome:	Hora:
Avisado Médico	Nome:	Hora:
Avisado Plantonista	Nome:	Hora:

7-Medicamentos
Efeito adverso/Reação Pirogênica
Medicação errada
Erro no preparo do soro
Dose / diluição errada
Med. contra indicado p/ alergia
Atraso na administração
Via errada
Aplicação de medicação vencida
Erro na velocidade de infusão
Medicação recusada
Medicado sem prescrição
Não medicado, com prescrição
Auto medicado
Med / infusão desprezados
Obstrução do cateter
Infiltração da infusão
Flebite
Lesão de nervo
Abcesso
Outro:

8-Administração de Sangue
Efeito adverso / Reação pirogênica
Atraso na administração
Erro na velocidade de infusão
Infiltração de sangue
Sg desprezado
Infusão recusada
Obstrução de Catéter
Outro:

9 - Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos
Técnica Imprópria
Não realizado com prescrição
Realizado sem prescrição
Preparo impróprio do paciente
Identificação errada do paciente (pulseira)
Pedido de exame preenchido errado
Atraso na realização do exame
Atraso na entrega do resultado / laudo do exame
Atraso na realização da cirurgia
Suspensão do procedimento / cirurgia na sala
Perda de material / peça colhidos p/ exames
Intubação resultando em acidente
Mudança não prevista nas condições clínicas do paciente
Realizado proc. / exame em parte errada do corpo
Realizado o proc. sem consentimento do paciente
Paciente em PO, com anestesia, não passou p/ RPA
Alta da RPA antes da estabilização dos sinais vitais
Erro no resultado do exame fornecido pelo SADT
Outro:

10 - Condições desfavoráveis ao atendimento	
Instalação com defeito	Perda de pertences pessoais
Equipamento / Instrumental com defeito	Perda de dinheiro
Indisponibilidade de equipamento / instrumental	Dieta
Desconhecimento da utilização do equipamento/instrumental	Úlcera de pressão
Utilização imprópria do equipamento / Instrumental	Troca de RN
Instrumental com data vencida / contaminado	Alta a pedido
Indisponibilidade de roupa	Saída do Hospital sem autorização
Utilização imprópria da roupa	Medicação para acompanhante
Roupa com data vencida / contaminada	Cobrança indevida de material ou serviço
Indisponibilidade de material	Não registrado BO em caso de acidente
Pane elétrica / Rede de gases	Outra:
Morte / acidente do paciente durante remoção.	

11- Descrição sucinta da Ocorrência

12- Consequências ao Paciente

Necessita trat méd. c/ custo adicional s/ prolongar permanência	Houve danos financeiros
Necessita trat méd. c/ custo adicional prolongando permanência	Sem danos
Necessita trat méd. sem custo adicional s/ prolongar permanência	Morte
Necessitou hospitalização.	Outras:

Preenchido por:

Cargo:

Visto da
Encarregada

13- Encaminhamento do Relatório

Enfermagem	SADT	Manutenção	R.H.	Materiais	Engenharia	Tec. Administrativo
Importação	Superint	Compras	Médica	Jurídica	Comercial	

14- Fatores que contribuíram para a ocorrência - (Assinale até 3 fatores)

Não cumprimento da rotina /procedim estabelecido	Atenção prescrição não comunicado enfermagem
Equipe não recebeu treinamento	Condição clínica desconhecida/ou não prevista
N. insuficiente de pessoal, conf. padrão estabelecido	Falta de prescrição de enfermagem
Não fornecida informação ao paciente/acompanhante	Não houve consentimento do paciente / familiar
Pac. instruído, demonstrou entendimento, não cumpriu	Padrões ambientais não seguidos (CIPA)
Necessidade de atendi. não requisitada p/paciente	Não foi possível controlar condições ambientais
Problemas sociais e familiares	Falha na dispensação de medicamentos pela farmácia
Prescrição médica ilegível e/ou incompleta	Falha na guarda de pertences pessoais / segurança
Prescrição médica incorreta	Manutenção preventiva / corretiva não efetuada
Erro na transcrição de ordens escritas	Desatenção na atividade efetuada
Erro na transcrição de ordem telefônica	Uso de medicamento que contribuiu para a queda
Falta de prescrição / diagnóstico médico	Outros:

15- Profissionais diretamente envolvidos

Nome:	Cargo:
Nome:	Cargo:
Nome:	Cargo:

16 - Ações corretivas

Previsto para

Completado em

Orientação de procedimento / rotina
Revisão ou elaboração de procedimento / Rotina
Aconselhamento individual
Reciclagem
Designação de um monitor
Processo disciplinar
Troca / reposição de recursos materiais
Conserto / manutenção
Compra
Outros:

/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/

/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/

17 - Sugestões para que o fato não se repita

Responsável pelo preenchimento

Nome:	Cargo:
-------	--------

DOAÇÃO
DE: SE/CPG
DATA: 2-4-95