

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES DE  
PEQUENO E MÉDIO PORTE: PESQUISA-AÇÃO E SISTEMÁTICA PARA  
IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

**GABRIEL PEDRO ALÁSTICO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES DE  
PEQUENO E MÉDIO PORTE: PESQUISA-AÇÃO E SISTEMÁTICA PARA  
IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

**Aluno: Gabriel Pedro Alástico**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia de Produção da Universidade  
Federal de São Carlos, como parte dos  
requisitos para a obtenção do título de  
Mestre em Engenharia de Produção.**

**Orientador: Prof. Dr. José Carlos de Toledo**

**Agência Financiadora: FAPESP**

**SÃO CARLOS**

**2011**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

A323gq

Alástico, Gabriel Pedro.

Gestão da qualidade em serviços médico-hospitalares de pequeno e médio porte : pesquisa-ação e sistemática para implantação da acreditação hospitalar / Gabriel Pedro Alástico. -- São Carlos : UFSCar, 2011.  
270 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Gestão da qualidade. 2. Acreditação hospitalar. 3. ONA. I. Título.

CDD: 658.562 (20ª)



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno(a): Gabriel Pedro Alastico

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 16/02/2011 PELA  
COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. José Carlos de Toledo  
Orientador(a) PPGE/UFSCar

Prof. Dr. Glauco Henrique de Sousa Mendes  
DEP/PPGEP

Profª Drª Sílvia Helena Boarin Pinto  
ESEG/ETAPA

---

Prof. Dr. Roberto Antonio Martins  
Coordenador do PPGE/UFSCar

Aos meus pais Carlos Alberto e Ada Maria  
E ao meu irmão Matheus, minha família querida,  
Pilar de apoio e sustentação em todos os momentos  
da minha vida

## AGRADECIMENTOS

“Te agradecerei, Senhor, de todo o meu coração”

*Salmo 138:1a*

A Deus, pelas graças, bênçãos e pela saúde concedidas ao longo desses dois anos de mestrado;

Aos Meus Pais, grandes pilares da minha vida e dos momentos de dificuldade e de desânimo, pelo apoio, conselhos e compreensão que me proporcionaram;

Ao meu irmão, pelas conversas sinceras;

Ao Professor José Carlos de Toledo, que, para mim, antes de Orientador, é meu querido mestre, pela orientação concedida ao longo do curso de mestrado, sempre com muita paciência, serenidade e força nos momentos de dificuldade;

A Sérgio de Campos Toledo, amigo de todas as horas e irmão de coração, sempre presente com seus conselhos, incentivos e momentos de companheirismo;

À Caroline Alvarenga, querida e inesquecível amiga, que sempre se fez presente, até mesmo nos momentos em que esteve distante do Brasil, por suas demonstrações de carinho, apoio e pelos palpites sobre a redação dessa Dissertação, lendo-a pacientemente;

Aos colegas de Mestrado, em especial, do GEPEQ: André Alvarenga (pelas conversas sinceras, apoio e conselhos), Marcela Avelina Costa (pelas conversas e conselhos), Sabrina Di Salvo (pelas risadas, dicas e conversas sinceras), Fabiane Letícia (pelas risadas e conselhos), Manoel Bispo (pelo apoio, pela confiança, pelas dicas), e Márcia Onoyama (pelas dicas e conselhos);

Aos profissionais da Unidade A, onde foi realizada a pesquisa-ação, pela receptividade e hospitalidade com que me receberam, participando e contribuindo valorosamente para a pesquisa. Menção especial a: Erika Fonseca, Eliana, Mariza, Rosália, Leonardo, Janaína, Sabrina, Daniella, Cláudia, Gabriela, Adriana, Michelle, Vinícius, Eduardo, Mychelle, Lívia, Dr. Rafael e Dr. Paulo;

À FAPESP, pelo apoio financeiro concedido que tornou viável a realização do projeto que resultou nessa Dissertação.

O mundo não é um grande arco-íris. É um lugar cruel  
que não quer saber o quanto você é durão.  
O mundo quer te ver de joelhos e vai te deixar  
desse jeito se você não reagir.  
Ninguém vai bater tão duro quanto a vida.  
Mas não se trata de apenas bater duro,  
se trata do quanto você agüenta apanhar  
e seguir em frente, do quanto você é capaz de  
agüentar e continuar tentando.  
É assim que se consegue vencer (*Rocky Balboa*).

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 Contexto e Justificativa .....	15
1.2 Objetivos e Método de Pesquisa .....	19
1.3 Estrutura do trabalho .....	20
<b>2 GESTÃO DA QUALIDADE: CONCEITUAÇÃO E ABORDAGENS .....</b>	<b>22</b>
2.1 Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) .....	22
2.2 Norma ISO 9001:2008 .....	24
2.3 Melhoria da Qualidade .....	29
2.4 Qualidade em Serviços .....	32
2.4.1 Modelo de Qualidade de Serviço .....	33
2.4.2 Modelo dos Cinco <i>Gaps</i> .....	34
2.4.3 Modelo Percepção-Expectativa .....	39
2.4.4 Modelo de Avaliação de Serviço e Valor .....	40
<b>3 SISTEMAS DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES .....</b>	<b>42</b>
3.1 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares .....	42
3.2 Tipologia das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares .....	44
3.3 Sistema de Produção de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares .....	48
3.4 Setor Brasileiro de Saúde .....	54
<b>4 GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES .....</b>	<b>56</b>
4.1 Sistemas de Gestão da Qualidade em Serviços Médico-Hospitalares .....	56
4.1.1 Fatores Condicionantes para Implantação de SGQ em Serviços Médico-Hospitalares .....	63
4.2 Acreditação Hospitalar .....	67
4.2.1 Histórico da Acreditação no Mundo .....	70
4.2.2 <i>Joint Commission International</i> (JCI) .....	72
4.2.2.1 Diretrizes do Processo de Acreditação da JCI .....	75
4.2.2.2 Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar .....	78
4.2.3 Histórico da Acreditação no Brasil .....	82
4.2.4 Organização Nacional de Acreditação (ONA) .....	84
4.2.4.1 Diretrizes do Processo de Acreditação Nacional .....	87
4.2.4.2 Manual Brasileiro de Acreditação .....	92



4.2.4.3 Custos e Benefícios da Acreditação Hospitalar (ONA) .....	97
4.2.5 Tendências da Acreditação Nacional para os Serviços Médico-Hospitalares .....	101
4.2.6 Análise Comparativa entre a Acreditação (ONA e JCI) e a ISO 9001.....	104
<b>5 MÉTODO .....</b>	<b>109</b>
5.1 Abordagem de Pesquisa .....	109
5.2 Escolha do Método de Pesquisa .....	109
5.3 Técnica de Pesquisa .....	114
5.4 Unidades de Estudo .....	117
5.5 Técnica de Análise de Dados .....	118
<b>6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EXPLORATÓRIA .....</b>	<b>120</b>
6.1 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares não Acreditadas .....	122
6.1.1 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares A .....	122
6.1.1.1 Caracterização Geral da Unidade .....	122
6.1.1.2 Liderança e Administração .....	123
6.1.1.3 Serviços Profissionais e Organização da Assistência .....	126
6.1.1.4 Serviço de Atenção ao Usuário .....	127
6.1.1.5 Serviço de Apoio Técnico e Abastecimento .....	128
6.1.1.6 Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura .....	130
6.1.2 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares B .....	131
6.1.2.1 Caracterização Geral da Unidade .....	131
6.1.2.2 Liderança e Administração .....	132
6.1.2.3 Serviços Profissionais e Organização da Assistência .....	134
6.1.2.4 Serviço de Atenção ao Usuário .....	136
6.1.2.5 Serviço de Apoio Técnico e Abastecimento .....	136
6.1.2.6 Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura .....	138
6.1.3 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares C .....	139
6.1.3.1 Caracterização Geral da Unidade .....	139
6.1.3.2 Liderança e Administração .....	140
6.1.3.3 Serviços Profissionais e Organização da Assistência .....	143
6.1.3.4 Serviço de Atenção ao Usuário .....	144
6.1.3.5 Serviço de Apoio Técnico e Abastecimento .....	145
6.1.3.6 Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura .....	147
6.1.4 Análise Comparativa da Gestão das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares em relação à Sistemática de Gestão da ONA .....	148

6.2 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares Acreditadas .....	151
6.2.1 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares D .....	151
6.2.1.1 Caracterização Geral da Unidade .....	151
6.2.1.2 Processo de Adequação da Sistemática de Gestão à ONA .....	152
6.2.2 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares E .....	155
6.2.2.1 Caracterização Geral da Unidade .....	155
6.2.2.2 Processo de Adequação da Sistemática de Gestão à ONA .....	156
6.2.3 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares F .....	158
6.2.3.1 Caracterização Geral da Unidade .....	158
6.2.3.2 Processo de Adequação da Sistemática de Gestão à ONA .....	159
6.2.4 Análise Comparativa do Processo de Adequação da Gestão das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares Acreditadas .....	162
<b>7 ADEQUAÇÃO DA GESTÃO DA UNIDADE A AOS REQUISITOS DE ACREDITAÇÃO DA ONA .....</b>	<b>164</b>
7.1 Etapa Preliminar .....	164
7.2 Tratamento de Dados .....	167
7.2.1 Coleta de Dados .....	167
7.2.2 Disponibilização dos Dados .....	168
7.2.3 Análise dos Dados .....	169
7.3 Plano de Ação .....	171
7.4 Implementação .....	178
7.4.1 Plano de Ação I: Mapeamento, Análise e Melhoria de Processos e Procedimentos (Documentação) .....	179
7.4.1.1 Determinação e Mapeamento dos macroprocessos críticos .....	179
7.4.1.2 Desdobramento dos macroprocessos críticos em microprocessos e em atividades .....	184
7.4.1.3 Documentação de Procedimentos .....	195
7.4.2 Plano de Ação II: Mapeamento, Análise e Tratamento de Riscos e Eventos Adversos .....	198
7.4.2.1 Mapeamento dos Riscos das atividades de Consulta Médica .....	199
7.4.2.2 Mapeamento dos Riscos das atividades de Assistência de Enfermagem .....	208
7.4.2.3 Mapeamento dos Riscos das atividades de Assistência de Farmácia .....	215
7.4.2.4 Mapeamento dos Riscos de Diagnóstico .....	221
7.4.2.5 Mapeamento dos Riscos de Saída .....	224
7.4.3 Plano de Ação III: Concepção e Implantação de Indicadores de Desempenho .....	230
7.5 Avaliação e Monitoramento dos Resultados .....	234

<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>239</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>246</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>254</b>
<b>Apêndice A: Roteiro de Entrevistas - Casos Exploratórios .....</b>	<b>255</b>
<b>Apêndice B: Roteiro de Entrevistas - Unidades com Acreditação .....</b>	<b>258</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>262</b>
<b>Anexo A: Ficha de Notificação para Erros de Medicação .....</b>	<b>263</b>
<b>Anexo B: Tabela de Diluição e Estabilidade de Antimicrobianos e Dosagem de Antibióticos .....</b>	<b>264</b>
<b>Anexo C: Registro de Avaliação para Úlceras por Pressão (UPP) .....</b>	<b>266</b>
<b>Anexo D: Folder Explicativo sobre Cuidados Anti-Quedas .....</b>	<b>269</b>

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 2.1. Escopo e Funções de um SGQ.....	23
FIGURA 2.2 Modelo de SGQ baseado na ISO 9001:2008.....	26
FIGURA 2.3. Modelo dos cinco <i>Gaps</i> da Qualidade de serviços.....	35
FIGURA 2.4. Determinantes da Qualidade dos Serviços.....	38
FIGURA 2.5. Modelo para Qualidade de Serviços.....	39
FIGURA 2.6. Avaliação da Qualidade de Serviços e Valor.....	40
FIGURA 3.1. Lógica de Gestão de Processos.....	49
FIGURA 3.2. Sistema de Produção de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares.....	49
FIGURA 4.1. Papel da cultura e do projeto organizacional na implantação do SGQ.....	65
FIGURA 4.2. Modelo Conceitual dos fatores influenciadores de um SGQ de Unidades de Serviços Médico Hospitalares.....	67
FIGURA 5.1. Ciclos da pesquisa-ação.....	113
FIGURA 5.2. Fases da Pesquisa.....	113
FIGURA 7.1. Cenário inicial observado pela pesquisa-ação e Situação final pretendida.....	170
FIGURA 7.2. Macroprocessos da Unidade A e o Macro-fluxo associado.....	180
FIGURA 7.3. <i>Layout</i> de Procedimento documentado que seria adotado antes da pesquisa-ação.....	196
FIGURA 7.4. <i>Layout</i> elaborado pela pesquisa.....	197
FIGURA 7.5. Registro para Não-Conformidades.....	207
FIGURA 7.6. Ficha de Tecnovigilância.....	208
FIGURA 7.7. Usuário com pulseiras de identificação.....	213
FIGURA 7.8. Carimbo de Alerta de risco.....	213
FIGURA 7.9. <i>Layout</i> das Fichas de Notificação implantadas.....	213
FIGURA 7.10. <i>Layout</i> de registro de indicador elaborado pela pesquisa-ação.....	234
FIGURA 8.1. Etapas (passos) da sistemática para implantação da Sistemática de Gestão da ONA nível Acreditação Plena.....	240

## LISTA DE TABELAS

TABELA 3.1. Número de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares no Brasil .....	55
TABELA 4.1. Taxas para Acreditação Hospitalar da ONA .....	98
TABELA 4.2. Estimativa de Custos para adequação da Gestão Hospitalar à Acreditação da ONA .....	99
TABELA 4.3. Estimativa de redução de despesas pela implantação da Acreditação .....	100
TABELA 7.1. Pontuação e Critérios utilizados para ponderação de riscos de cada microprocesso.....	201
TABELA 7.2. Avaliação dos riscos das atividades do microprocessso Consulta Médica ....	201
TABELA 7.3. Avaliação dos riscos das atividades do microprocessso Assistência de Enfermagem.....	210
TABELA 7.4. Avaliação dos riscos das atividades do microprocessso Assistência de Farmácia.....	216
TABELA 7.5. Avaliação dos riscos das atividades do microprocessso Diagnóstico por Imagem.....	222
TABELA 7.6. Avaliação dos riscos das atividades inerentes aos microprocessos de Saída..	226

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 4.1. Comparativo entre as certificações aplicáveis a serviços médico-hospitalares.....	105
QUADRO 5.1. Comparativo entre as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares pesquisadas.....	118
QUADRO 6.1. Comparativo entre a GQ das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares e os requisitos da ONA.....	149
QUADRO 7.1. Tarefas acordadas na Etapa Preliminar e suas respectivas formas de execução.....	166
QUADRO 7.2. Tarefas do pesquisador na Etapa de Disponibilização de Dados e suas formas de execução.....	168
QUADRO 7.3. Planos de Ação da pesquisa-ação, seus objetivos principais e os meses de suas realizações.....	175
QUADRO 7.4. Macroprocessos Críticos identificados e seus fornecedores, insumos, produtos e clientes.....	181
QUADRO 7.5. Macroprocessos não-críticos, suas funções, microprocessos e setores correspondentes.....	182
QUADRO 7.6. Macroprocessos críticos da Unidade A desdobrados em microprocessos e atividades.....	184
QUADRO 7.7. Atividades do microprocesso Consulta Médica e seus respectivos riscos.....	199
QUADRO 7.8. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Consulta Médica.....	206
QUADRO 7.9. Atividades do microprocesso de Assistência de Enfermagem e seus respectivos riscos.....	209
QUADRO 7.10. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Assistência de Enfermagem.....	214
QUADRO 7.11. Atividades de Assistência de Farmácia e seus respectivos riscos.....	216
QUADRO 7.12. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Assistência de Enfermagem.....	219
QUADRO 7.13. Atividades do microprocesso Diagnóstico por Imagem e seus respectivos riscos.....	221
QUADRO 7.14. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Diagnóstico por Imagem.....	223
QUADRO 7.15. Microprocessos de Saída, suas respectivas atividades e riscos.....	225
QUADRO 7.16. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Saída.....	229
QUADRO 7.17. Indicadores hospitalares gerais e o macroprocesso associado ao indicador.....	230
QUADRO 7.18. Macroprocessos e Microprocessos Críticos e os indicadores propostos pela pesquisa-ação.....	231
QUADRO 8.1. Sistemática para Implantação da sistemática da ONA: etapas, tarefas e descrição.....	241

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANAES	<i>Nationale d'Accreditation et Évaluation en Santé</i>
APM	Associação Paulista de Medicina
BSI	British Standards Institution
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CCAH	Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CEALAG	Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 2010
CIPA	Comissão Interna para Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CPFL	Companhia Paulista de Força e Luz
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CQH	Compromisso de Qualidade Hospitalar
CRM	Conselho Regional de Medicina
CSS	Contribuição Social para a Saúde
DPOCs	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
DVN	Det Norske Veritas
EI	Exame de Imagem
FCAV	Fundação Carlos Alberto Vansolini
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
GLCSA	<i>Germanischer Loyd Certification South America</i>
GQ	Gestão da Qualidade
IAHCS	Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGQ	Instituto Qualisa de Gestão
IPASS	Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MQ	Melhoria da Qualidade
MC	Melhoria Contínua
MS	Ministério da Saúde
NAI	Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QHR	<i>Quality Healthcare Resources</i>
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SMU	Serviço Médico de Urgência
SPA	Serviços de Pronto-Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UPP	Úlcera Por Pressão
USMH	Unidades de Serviços Médico-Hospitalares
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

O Sistema Público de Saúde brasileiro caracteriza-se, em geral, pela precariedade de seus procedimentos e serviços, a qual pode ser expressa pela demora de atendimento aos usuários, pela falta de leitos e, ainda, pela falta de capacitação e treinamento de considerável parcela dos profissionais da saúde, resultando numa acumulação de erros em procedimentos e atividades e, conseqüentemente, na falta de qualidade. Essa realidade se deve, em parte, a deficiências na gestão do sistema público de prestação de serviços médico-hospitalares. Isso tem justificado esforços governamentais e das instituições hospitalares para implantação de programas de Gestão da Qualidade e de sistemáticas estruturadas de gestão, com o objetivo de promover a garantia e a melhoria dos serviços prestados. Esta dissertação tem por objetivo adequar, por meio da realização de uma pesquisa-ação, a gestão de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares pública, de pequeno porte, do interior de São Paulo (Unidade A), aos requisitos de Acreditação Plena da ONA (Organização Nacional de Acreditação), além de propor uma sistemática orientativa para implantação desses requisitos de Acreditação Hospitalar em Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte. Como subsídio à pesquisa-ação, foi realizada uma pesquisa exploratória em seis Unidades. Foi possível observar que a temática encontra-se, nacionalmente, incipiente, necessitando de um maior número de pesquisas e de melhor compreensão dos profissionais do setor de Saúde quanto aos conceitos da Acreditação. A pesquisa-ação iniciou a adequação da gestão da Unidade A aos requisitos de Acreditação Plena da ONA, porém, em virtude do curto horizonte de tempo, não foi realizada integralmente. Foi proposta uma sistemática que orienta Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte a adequarem sua gestão aos requisitos da ONA para obtenção da Acreditação Plena.

**Palavras-chave:** Acreditação Hospitalar. Gestão da Qualidade. ONA (Organização Nacional de Acreditação). Unidades de Serviços Médico-Hospitalares.



## ABSTRACT

The Brazilian's Public Health System is characterized, in general, by precarity from its procedure and its services. This situation can be observed in the high time of waiting by an appointment, in the lack of beds, in the lack of training and education of the professionals from the Health Sector. This setting results in accumulation of procedure's errors and, in consequence, in a fall in the Health services' quality. This reality exists, in part, because of the deficiency in the public health care service's management system. Nowadays, there are efforts from the government and the health care institutions in order to implement Quality Management programs and a management's structured systematic. These efforts aim to promote the guarantee and the improvement of the health care services. This dissertation aims to carry out the adjustment of the management of a public Health Care institution of small-sized localized in the interior of Sao Paulo (Institution A) according to the NAO's (National Accreditation Organization) requirement for Full Accreditation level by means of an Action Research. Besides, it proposes an orientative systematic for implementation of the level Full Accreditation in health care institutions of the small or medium-sized. As a subsidy for the Action Research, a Case Research was carried out in six health care institutions. This thematic needs more studies and experiences. The professionals of Health Brazilian Sector don't understand the Accreditation's concepts. The Action Research to begin to the adjustment of Hospital School's management, but it didn't was concluded integrally due to the short time period. A systematic was proposed for Health Care Institutions of small or medium-sized to adjust the management according to the NAO's Full Accreditation level.

**Key-words:** Accreditation. Quality Management. National Accreditation Organization (NAO). Health Care Institutions.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Contexto e Justificativa

Segundo Vecina Neto e Malik (2007), a Gestão da Qualidade (GQ) em serviços médico-hospitalares no Brasil, por se tratar de uma temática recente e com um pequeno número de experiências observadas no país tanto no setor público, quanto no privado, torna importante sua discussão.

A crescente globalização da economia aliada a mudanças no comportamento do consumidor, que passou a exigir cada vez mais, em termos de qualidade, dos serviços que recebe, têm tornado os mercados de bens e serviços cada vez mais competitivos. Muitas empresas têm procurado incorporar, em suas atividades, processos e produtos que as diferenciem de outras do mesmo ramo. Assim com esta diferenciação, as empresas buscam tornarem-se mais competitivas e valorizadas pelo consumidor, conseguindo manter-se no mercado (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Do mesmo modo, as instituições de saúde têm a necessidade de buscar a excelência em suas atividades. Para tal, algumas têm recorrido a órgãos de avaliação de seus processos internos a fim de obterem certificação para mostrar que estão à frente das demais, que ainda não a possuem, e como forma de se diferenciar por meio de uma gestão mais competente (ONA, 2011).

No Brasil, as iniciativas de concessão desse tipo de certificação, a Acreditação, são coordenadas, nacionalmente, pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), uma Organização não governamental, que busca promover a implantação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo destes, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as Organizações de Saúde do país (ONA, 2010).

O certificado de Acreditação é concedido pela ONA, conforme o atendimento, por parte da Organização de Saúde, de requisitos pré-definidos. De acordo com o cumprimento desses requisitos, a Organização de Saúde é classificada em um dos três níveis: Acreditação (nível mais básico), Acreditação Plena (nível intermediário) e Acreditação por Excelência (nível mais elevado) (ONA, 2010).

Em fevereiro de 2011, havia duzentas e cinquenta Organizações de Saúde Acreditadas no Brasil. O Estado de São Paulo tem o maior número de Organizações Acreditadas com 137, seguido por Minas Gerais (47), Paraná (13) e Rio de Janeiro (11), sendo que, em 2010, apenas dois certificados foram cancelados. Dos duzentos e cinquenta certificados concedidos pela ONA, cento e quarenta pertencem a Unidades de Serviços Médico-Hospitalares (apenas 2% das Unidades existentes no Brasil).

Em fevereiro de 2011, havia quarenta e uma Unidades de Serviços Médico-Hospitalares no nível Acreditação, cinquenta Unidades no nível Acreditação Plena e quarenta e nove no nível Acreditação por Excelência. A perspectiva é que o número de Unidades Médico-Hospitalares Acreditadas chegue, nos próximos anos, a mais de duzentos, pois cerca de setenta e três Unidades estão com o processo de certificação em andamento (ONA, 2011).

De modo geral, o setor de serviços médico-hospitalares, tanto no Brasil como em outros países, principalmente nos países em desenvolvimento, deixa a desejar em termos de desempenho em qualidade (BURMESTER *et. al*, 2007). Apenas 5,8% das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares brasileiras possuem algum tipo de certificação para seu Sistema de Gestão da Qualidade certificado.

Normalmente, os clientes estão acostumados com serviços de baixa qualidade, prestados pelo setor privado e, principalmente, pelo setor público, no caso brasileiro (BURMESTER *et. al*, 2007). O Brasil é um dos países emergentes que menos investe, anualmente, em saúde, apenas 7% de seu PIB (Produto Interno Bruto) ou US\$ 204 *per capita*. Enquanto os Estados Unidos aplicam 15,4% do PIB, ou US\$ 3.000 *per capita*; o Canadá, 9,8%, ou US\$ 2.400 *per capita*; a Argentina, 9,6%, ou US\$ 251 *per capita*; e a Rússia US\$ 233 *per capita* (IBGE, 2010).

As pessoas estão exigindo, cada vez mais, qualidade dos serviços pelos quais pagam. O setor de saúde, por lidar diretamente com a vida de seus usuários, tem sentido uma pressão ainda maior destes quanto à qualidade dos serviços prestados (BURMESTER *et. al*, 2007).

Por isso, é cada vez maior a preocupação com os serviços de saúde. Infecção hospitalar, precariedade dos procedimentos e equipamentos do setor de saúde, altos custos (pois ao contrário do que ocorre na indústria, quanto mais avançada a tecnologia, mais crescem os custos na área da saúde.) tornam o setor de saúde passível de muitas ações para possibilitar mudanças no desempenho (FREITAS; COZENDEY, 2008).

A taxa média de infecção hospitalar no Brasil, por exemplo, é de 15,6 % contra 5,5% dos países desenvolvidos. O setor de saúde, portanto, precisa desenvolver ações que

possibilitem melhorar a qualidade de seus processos para que seja possível, por meio de serviços conjuntos envolvendo todos os profissionais da saúde, trazer melhorias no atendimento, controle de infecções e redução de custos com novas tecnologias, exames e procedimentos (FREITAS; COZENDEY, 2008).

Tendo em vista a situação na qual se encontra o sistema de saúde no Brasil, de maneira geral, é razoável admitir há falta de recursos e de padronização de serviços e procedimentos. A OMS (Organização Mundial de Saúde), por exemplo, determina que de 7% a 10% do total de leitos de um hospital sejam destinados à UTIs mas, no Brasil, os leitos disponíveis para este fim correspondem a 3,8% do total, incluindo os da rede privada. Paralelamente, a taxa nacional de leitos por mil habitantes é de 2,3, sendo que o índice recomendado pela OMS é de 3,8. A taxa registrada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) é de apenas 1,6 leitos por mil habitantes (IBGE, 2010).

Além disso, o desperdício de recursos e a falta de padronização das práticas são flagrantes, podendo ser observado a partir de dados do Ministério da Saúde como, por exemplo, a taxa de infecção hospitalar, que é de 15,6% e atinge 700 mil usuários por ano. Segundo estudos internacionais, o custo de um usuário que contrai infecção hospitalar é de duas a cinco vezes mais alto, ou seja, oito mil dólares mais caro do que o custo com um usuário sem infecção. Isso se deve, principalmente, em virtude dos gastos com antibióticos e exames adicionais (anualmente, o governo gasta quinhentos milhões de reais, só com antibióticos). Assim, quanto mais se prolonga a permanência do usuário em uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares maiores serão os custos para o sistema de saúde, para o usuário e para o país (COLOMBO *et. al*, 2009).

Portanto, de acordo com Kluck *et. al*, (2008), iniciativas que contemplem a melhoria de processos e a sistematização de atividades, como programas de Gestão da Qualidade e instrumentos de avaliação da maturidade de gestão da mesma, mostram-se bastante oportunas nesse contexto.

Segundo Ovretveit e Gustafson (2002), uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares possui um programa da qualidade devidamente padronizado e sistematizado quando tal programa é capaz de:

- avaliar as condições da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares quanto à: processos, capacitação dos profissionais, resultados da assistência em saúde, satisfação do usuário;
- possibilitar a adoção de novos métodos de gestão e de avaliação que conduzam a uma maior eficácia e eficiência;

- estimular o comprometimento da Alta Administração das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares com a busca da melhoria contínua;
- introduzir práticas e ferramentas voltadas para melhoria do atendimento, a partir do envolvimento dos profissionais; e
- reduzir custos, eliminando desperdícios, retrabalhos e falhas.

Para Matheis (2006), a área de saúde foi uma das últimas a se conscientizar sobre a importância da qualidade dos serviços prestados. Sendo assim, o autor acredita que a difusão e aplicação dos conceitos de qualidade terão um papel importante no setor. Ainda segundo o autor, um programa de avaliação e controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar impõe-se pela própria natureza dos serviços prestados por essas instituições e, principalmente, pelo interesse governamental e dos usuários desses serviços.

Assim, esta dissertação tem como objetivo principal adequar, por meio da realização de uma pesquisa-ação, a sistemática de gestão da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares A, uma Unidade pública, de pequeno porte, localizada no interior do Estado de São Paulo, aos requisitos de Acreditação da ONA, e propor uma sistemática orientativa para implantação da Acreditação Hospitalar em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte em conformidade com o nível Acreditação Plena.

Para subsidiar a pesquisa-ação, foi realizada uma pesquisa exploratória em seis Unidades. Três das Unidades pesquisadas não são Acreditadas (Unidade A, Unidade B e Unidade C) e três Unidades (Unidade D, Unidade E e Unidade F) tem Acreditação da ONA. Isso possibilitou a obtenção dos subsídios e das recomendações necessárias para condução da pesquisa-ação.

As três Unidades não Acreditadas são públicas e se localizam no interior de São Paulo. Tal fato possibilitou à dissertação atingir um de seus objetivos secundários: analisar as práticas e os problemas relativos às sistemáticas de gestão e de Gestão da Qualidade existentes em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares públicas sem Acreditação. Paralelamente, foi identificado um conjunto de recomendações para adequação da gestão de cada uma aos requisitos da ONA.

Assim, esta dissertação busca gerar aprendizagem e conhecimentos sobre a GQ nos serviços médico-hospitalares e sobre a sistemática de gestão recomendada pela ONA, contribuindo para a disseminação de tais temáticas.

## 1.2 Objetivos e Método de Pesquisa

Esta dissertação tem como objetivo principal:

- Adequar, por meio da realização de uma pesquisa-ação, a sistemática de gestão da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares A ao nível Acreditação Plena, conforme os requisitos de Acreditação da ONA;
- Propor uma sistemática orientativa para implantação da Acreditação Hospitalar, nível Acreditação Plena, em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte.

São objetivos secundários desta dissertação:

- Analisar as práticas e os problemas das sistemáticas de gestão e de Gestão da Qualidade existentes em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares públicas não Acreditadas por meio da realização de três Estudo de Casos em Unidades do interior de São Paulo (Unidade A, Unidade B e Unidade C);
- Identificar um conjunto de ações e recomendações para que a Unidade A, Unidade B e Unidade C adéqüem a sistemática de gestão aos requisitos da ONA;
- Identificar, por meio da realização de Estudo de Casos em Unidades já Acreditadas, os fatores que facilitaram e dificultaram o processo de adequação da gestão de tais Unidades aos requisitos de Acreditação da ONA.

Para atingir tais objetivos, a dissertação utilizou como métodos de pesquisa: o estudo de casos e, posteriormente, a pesquisa-ação. O estudo de casos foi realizado, por meio de roteiros semi-estruturados, em seis Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, das quais três são Acreditadas e três não têm Acreditação da ONA. Os casos forneceram subsídios para a realização da pesquisa-ação em uma das Unidades não Acreditadas, visando adequar sua gestão aos requisitos de Acreditação da ONA. A aplicação de ambos os métodos subsidiaram a proposição de uma sistemática para implantação da Acreditação Hospitalar em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte.

### **1.3 Estrutura do Trabalho**

Objetivando o desenvolvimento do que é apresentado no presente capítulo de Introdução, o corpo da dissertação divide-se em oito capítulos, sendo que o capítulo 1 inclui a introdução à temática pesquisada, justificativas para sua pesquisa, objetivos gerais e específicos, e uma breve descrição do método utilizado.

O capítulo seguinte aborda temas ligados à Qualidade como: os Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), a norma internacional típica de referência para adoção dos SGQ: ISO 9001 e a Melhoria Contínua da Qualidade. O capítulo 2 é encerrado com a aplicação da Qualidade ao setor de serviços a partir dos modelos de gestão que foram formulados para que os serviços prestados tenham qualidade de acordo com a percepção do cliente que o recebe.

O capítulo 3 visa explorar peculiaridades acerca do objeto de estudo adotado (hospitais ou, formalmente, Unidades de Serviços Médico-Hospitalares). Para tal, são abordadas algumas de suas nuances, como: a sua conceituação, os tipos de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares existentes e os critérios de classificação dos mesmos.

O capítulo 3 apresenta, ainda, uma abordagem sobre o modo de funcionamento das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, segundo uma ótica sistêmica, em que estes são vistos como sistemas de produção dotados de conjuntos de processos interdependentes. Esse capítulo é encerrado por meio da elaboração de um panorama da situação atual na qual o setor de prestação de serviços médico-hospitalares se encontra.

O capítulo 4 apresenta a temática central da pesquisa, isto é, a Gestão da Qualidade aplicada a serviços médico-hospitalares e a sistemática de gestão a ser aplicada em tais serviços segundo a perspectiva da ONA e do processo de Acreditação Nacional. Dessa forma, são abordados no capítulo: os determinantes da GQ em serviços médico-hospitalares, suas particularidades, os componentes típicos da Qualidade presentes em serviços dessa natureza, as certificações da Gestão da Qualidade existentes, tanto a nível nacional, como a nível internacional, bem como o processo nacional de Acreditação da ONA e suas diretrizes aplicados às Unidades de Serviços Médico-Hospitalares.

O capítulo 5 apresenta o método de pesquisa utilizado, bem como a justificativa da escolha, a técnica de pesquisa, a população de estudo. O capítulo 6 reproduz análises, impressões, observações e descrições do pesquisador sobre a sistemática de Gestão

observada nas visitas *in loco* às Unidades de Serviços Médico-Hospitalares não Acreditadas (Unidade A, Unidade B e Unidade C).

De modo complementar também são descritos no capítulo 6, as informações coletadas no Estudo de Casos realizado nas Unidades Acreditadas (Unidade D, Unidade E e Unidade F). São informações relativas aos fatores que facilitaram e dificultaram o processo de adequação da gestão dessas Unidades aos requisitos da ONA, além das recomendações realizadas para condução do processo.

O capítulo 7 trata da etapa final da dissertação, a pesquisa participante ou pesquisa-ação, com seus desdobramentos, ações implantadas e o detalhamento das etapas que a compuseram. Finalmente, o capítulo 8 contém as considerações finais do trabalho, as dificuldades encontradas para execução sua realização, as contribuições geradas ao ambiente pesquisado e a sistemática orientativa de implantação da Acreditação Hospitalar, nível Acreditação Plena, em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte.



## 2. GESTÃO DA QUALIDADE: CONCEITUAÇÃO E ABORDAGENS

### 2.1 Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ)

Com o objetivo de maximizar a satisfação de seus clientes e obter vantagem competitiva de mercado perante a concorrência, as empresas, sejam elas de bens de consumo ou de prestação de serviço, devem se organizar de modo que os fatores humanos, administrativos e técnicos estejam sob controle. Isso leva à necessidade de se estruturar e implantar um SGQ (OAKLAND, 2004).

Vários autores como Medeiros (1999), Oakland (2004), Oliveira *et. al*, (2004) e Gonzalez e Martins (2007) definem este tipo de sistema com base na norma ISO 9000: (2008): estrutura organizacional, procedimentos, processos e recursos (materiais, tecnológicos, informações e mão-de-obra) necessários para implementar a Gestão da Qualidade (GQ).

Para Maranhão (2001), SGQ é um conjunto de regras que orienta cada função da empresa a executar corretamente e no tempo certo suas tarefas e em harmonia com as demais, estimulando a concorrência e maximizando o retorno financeiro. Moura (2003) destaca que a estruturação de um SGQ é o passo inicial para a busca da Melhoria Contínua, pois com ele a empresa obterá a padronização de seus procedimentos.

A necessidade do SGQ nas empresas está fundamentada na necessidade de haver uma organização formal para a implementação e manutenção da GQ. Se o SGQ estrutura a organização necessária para a implantação da GQ, é porque deve estar presente em todas as fases do ciclo de vida dos produtos e dos processos, desde a identificação inicial das necessidades do mercado até a satisfação das exigências dos consumidores (MEDEIROS, 1999).

Dessa forma, um SGQ eficiente é capaz de garantir o atendimento a dois importantes requisitos (OAKLAND, 2004):

- Requisitos do Consumidor: na medida em que garante a produção de produtos e serviços de acordo com as necessidades e exigências do consumidor;

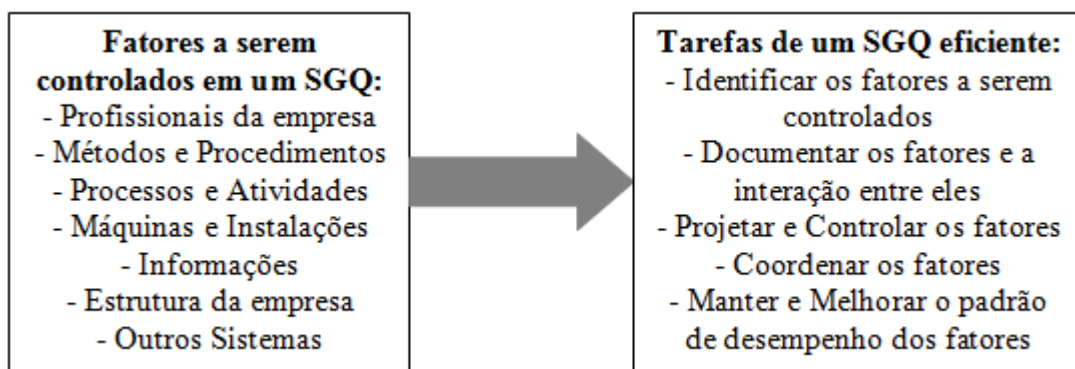
- Requisitos da Empresa: na medida em que garante a otimização no aproveitamento dos recursos disponíveis (materiais, mão-de-obra, tecnologia e informações).

A organização do SGQ é um dos meios pelos quais a empresa pode tornar possível a obtenção dos objetivos da Qualidade e o respeito às políticas da Qualidade. É de responsabilidade da Alta Administração da empresa desenvolver, estabelecer e colocar em funcionamento o SGQ, como também de mantê-lo e melhorá-lo (MEDEIROS, 1999).

Para a norma ISO 9004-1 (2008), a estrutura do SGQ das empresas deve enfatizar cinco elementos: a responsabilidade e a autoridade; a organização; os procedimentos operacionais; recursos e o pessoal; e a realização do produto. Segundo a norma ISO 9004-2 (2008), os SGQ para empresas prestadoras de serviços devem ter seus elementos estruturados de maneira a estabelecer o controle e a garantia da qualidade, no que se refere à garantia aos procedimentos operacionais que podem afetar a qualidade.

Para empresas industriais, os SGQ também devem possuir uma estrutura que enfatize três elementos: ciclo da qualidade do serviço, documentação e registros da Qualidade; auditorias internas da Qualidade. Dessa forma, a implantação de um SGQ requer trabalho em equipe. É importante que todos os profissionais da empresa estejam envolvidos para haver mais possibilidade de assimilação da cultura de GQ e o cumprimento de seus princípios (MEDEIROS, 1999).

Segundo Pfeifer (2002), um SGQ deve considerar, coordenar e gerenciar um amplo conjunto de fatores que são retratados na figura 2.1



**FIGURA 2.1. Escopo e Funções de um SGQ**  
 Fonte: PFEIFER (2002)

O autor afirma, ainda, que a função principal de um SGQ é integrar os fatores apresentados na figura 2.1 de modo a assegurar que os mesmos sejam organizados e gerenciados pela empresa. Para tal, é fundamental que a empresa identifique seus processos

críticos, documentando-os e apresentando-os, de forma transparente, aos profissionais envolvidos (PFEIFER, 2002).

Complementarmente, Maranhão (2001) destaca que, por mais simples que seja a empresa, seu SGQ será complexo devido à inter-relação entre todas as áreas e pessoas, além de se tratar de uma nova experiência que pode gerar resistência, dúvidas, hostilidades, etc. Já Oakland (2004), afirma que adoção de um SGQ é uma decisão estratégica que deve considerar fatores como: metas e objetivos da empresa, seu porte, os processos que a compõem, além dos produtos/serviços oferecidos.

A implantação bem-sucedida do SGQ está associada à acuidade na identificação das necessidades do consumidor e na definição da interface entre os processos que produzirão os produtos/serviços para satisfazer essas necessidades (OAKLAND, 2004). Caso ambos os fatores estejam definidos claramente, é possível implantar um SGQ capaz de gerar as seguintes vantagens (FIGUERA, 2003):

- Estruturar as atividades da empresa de modo consistente, profissional e capaz de adaptar-se a crescimentos futuros de forma planejada e sob controle;
- Evitar surpresas negativas, causadas pela saída de profissionais experientes;
- Trabalhar para aumentar a satisfação de seus clientes, por meio do sistema adotado, incluindo processo de Melhoria Contínua e garantia da conformidade com requisitos do cliente e requisitos regulamentáveis aplicáveis;
- Habilitar a empresa a, futuramente, obter a certificação ISO 9001.

O modelo mais utilizado como referência para a estruturação e implantação de um SGQ é o expresso pela norma ISO 9001 devido a sua simplicidade e eficiência(MARANHÃO, 2001).

## **2.2 Norma ISO 9001:2008**

A norma da série ISO 9001 é o padrão internacional mais adotado para pelas empresas para implantação de SGQ, auxiliando na definição das condições mínimas de gestão sob as quais produtos e serviços devem ser produzidos e comercializados de modo a garantir a

sua padronização e, conseqüentemente, levar garantias de qualidade aos consumidores. Tal norma compõe a série ISO 9000 que se refere-se à GQ em suas diversas aplicações e busca basear a gestão da Organização em políticas da Qualidade, Foco no Cliente, Planejamento de atividades, Documentação de Processos, monitoramento e Melhorias da Contínuas(OLIVEIRA *et. al*, 2004).

Especificamente, a norma ISO 9001:2008 busca promover a abordagem para o desenvolvimento, implantação e melhoria da eficácia de um SGQ para aumentar a satisfação dos consumidores por meio do atendimento a seus requisitos. Dessa forma, a norma não visa impor uniformidade na estrutura do SGQ ou de sua documentação e os requisitos especificados pela norma são complementares aos requisitos dos produtos/serviços (ABNT, 2008).

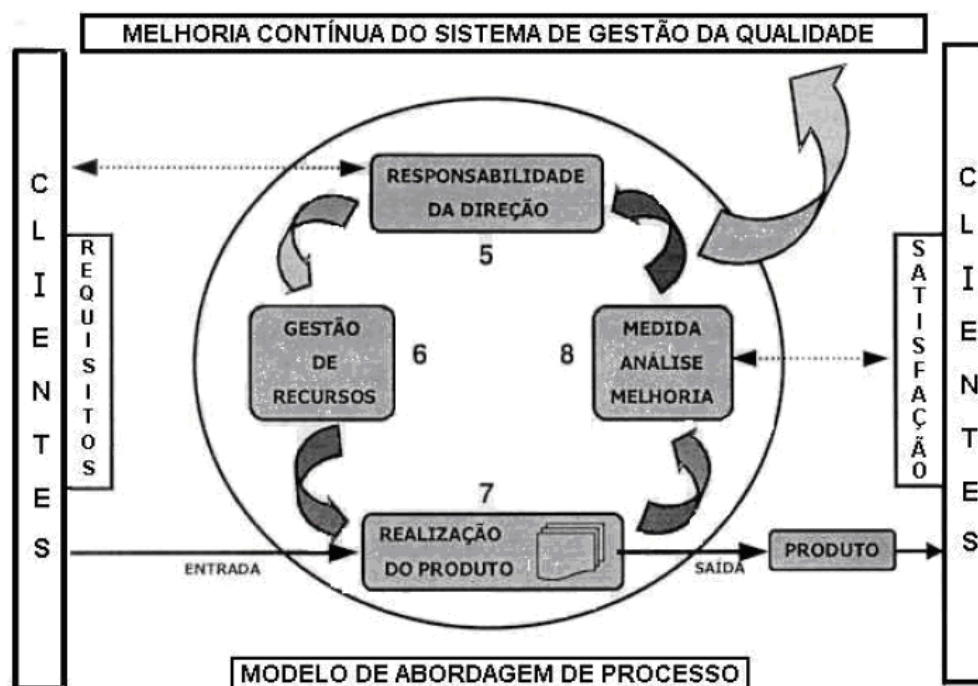
A estrutura da ISO 9001:2008 define etapas e práticas que as Organizações devem identificar, estudar, documentar, avaliar e realizar para melhoria da eficácia de seus processos. São considerados requisitos gerais para implantação da norma (ABNT, 2008):

- Identificar os processos necessários ao SGQ e sua aplicação para a Organização;
- Determinar a sequência e a interação entre os processos;
- Determinar critérios e métodos para assegurar que a operação e o controle entre tais processos sejam eficazes;
- Assegurar a disponibilidade de recursos e informações necessários para apoiar a operação e o monitoramento entre os processos;
- Monitorar, medir e analisar os processos;
- Implementar e analisar os processos;
- Implementar ações necessárias para atingir os resultados planejados e a Melhoria Contínua desses processos.

A ISO 9001 considera a Organização como um todo interligado por processos que se complementam para fazer com que o escopo que está sendo certificado funcione de modo harmônico. Todos os insumos são identificados, enquanto os fornecedores são analisados de acordo com os critérios negociados entre as partes, e os recursos humanos são capacitados de acordo com práticas e padrões de trabalho a fim de reduzir a ocorrência de erros e da variabilidade em produtos/serviços. Os procedimentos são monitorados e avaliados criticamente para que o cliente somente seja atendido em conformidade com os requisitos estabelecidos e registrados (WALTER, 2005).

A aplicação de um sistema de processos em uma Organização, a aplicação e a interação desses processos e seu gerenciamento, é considerada como abordagem por processo. A principal vantagem deste tipo de abordagem é o controle contínuo que ela permite sobre a ligação entre os processos individuais dentro do sistema de processos, bem como sua interação e combinação (MEIRA, 2004).

A figura 2.2 mostra o modelo de ligações dos processos apresentadas na Norma ISO 9001:2008.



**FIGURA 2.2. Modelo de SGQ baseado na ISO 9001:2008**

Fonte: ABNT (2008)

A figura 2.2 mostra que os clientes representam um papel significativo na definição dos requisitos como entradas. O monitoramento da satisfação dos clientes requer a avaliação de informações relativas à percepção pelos clientes de como a Organização tem atendido aos requisitos do cliente (MEIRA, 2004).

A figura reúne, ainda, os requisitos de implantação do SGQ expressos na norma ISO 9001. Esta é dividida em oito seções (MELLO, 2009):

- 1) Introdução e Objetivo: apresenta a série ISO 9000, estabelece a abordagem por processos e define a finalidade da norma ISO 9001 e a generalidade dos requisitos;
- 2) Referência Normativa: faz remissiva à norma ISO 9000;
- 3) Termos e Definições: estabelece a terminologia contratual da cadeia produtiva básica;

- 4) Sistema de Gestão da Qualidade: esta seção estabelece requisitos globais para o SGQ, tratando de itens como Melhoria Contínua de sua eficácia e constituição mínima da sua documentação, indicando as características principais e os requisitos de controle;
- 5) Responsabilidade da Alta Administração: indica as responsabilidades da Alta Administração em relação ao SGQ, incluído seu comprometimento, foco no cliente, planejamento e comunicação interna;
- 6) Gestão de Recursos: esta seção requer que a Organização determine e forneça recursos para implementar, manter e continuamente melhorar a eficácia do SGQ. Também são requeridos que sejam determinados e fornecidos os recursos necessários para aumentar a satisfação do cliente, atendendo a seus requisitos;
- 7) Realização do Produto: esta seção prevê que a Organização deve planejar e desenvolver os processos necessários para a realização do produto e que esse planejamento deve ser coerente com os requisitos de outros processos do SGQ;
- 8) Medição, Análise e Melhoria: indica a necessidade de se planejar e implementar os processos necessários ao monitoramento, medição, análise e melhoria para demonstrar a conformidade do produto e a eficácia do SGQ, pela determinação de métodos aplicáveis, incluindo técnicas estatísticas e a extensão de seu uso.

A realização dos requisitos e práticas inerentes a tais seções permitem à Organização realizar os oito princípios básicos prescritos pela norma ISO 9001 a um SGQ(MELLO, 2009):

- Foco no Cliente: Organizações dependem de seus clientes e, portanto, é recomendável que atendam as necessidades atuais e futuras do consumidor, além dos requisitos e expectativas deste;
- Liderança: líderes definem objetivos e metas da Organização. Por isso, é necessário que criem e mantenham um ambiente interno, no qual pessoas podem ficar totalmente envolvidas no propósito de alcançar os objetivos da Organização;
- Envolvimento de pessoas: profissionais de todos os níveis são a base de uma Organização e seu total envolvimento possibilita que suas habilidades sejam usadas para o benefício da Organização;

- Abordagem de Processos: um resultado desejado é alcançado mais eficientemente quando as atividades e os recursos relacionados são gerenciados como um processo;
- Abordagem Sistêmica para Gestão: identificar, compreender e gerenciar os processos inter-relacionados, como um sistema, contribui para a eficácia e eficiência da Organização no sentido desta alcançar seus objetivos;
- Melhoria Contínua: a melhoria do padrão de desempenho da Qualidade deve ser um objetivo permanente dentro da Organização;
- Tomada de Decisão baseada em Fatos: decisões eficazes são baseadas na análise de dados e informações;
- Benefícios mútuos nas relações com os Fornecedores: uma Organização e seus fornecedores são interdependentes, e uma relação de benefícios mútuos aumenta a capacidade de ambas de agregar valor.

As normas da série ISO 9000 foram elaboradas para que pudessem ser utilizadas por qualquer tipo de Organização e de qualquer porte. Porém, o fato de um produto ou serviço ser produzido por um processo com certificação ISO 9001 não significa que terá um padrão de qualidade maior ou menor do que um produto/serviço produzido sem tal certificação. Significa apenas que todos os produtos/serviços fabricados segundo o processo certificado apresentarão as mesmas características e o mesmo padrão de qualidade (OLIVEIRA *et. al*, 2004).

Em contrapartida, implantar um SGQ baseado nos requisitos da norma ISO 9001 significa oferecer um conjunto de melhores práticas internacionalmente reconhecido e tem o objetivo de auxiliar a Organização a permanecer no mercado por longo tempo; satisfazer as necessidades dos clientes; reduzir o nível de produtos defeituosos; reduzir custos com a garantia ou a reposição de produtos não-conforme; facilitar a integração entre os setores da Organização, etc (DORNELLES, 2000).

Segundo Mello (2009) os principais benefícios de implantação de um SGQ padrão ISO 9001 para a Organização são:

- Melhoria da imagem da Organização perante o consumidor;
- Padronização;
- Compreensão e Melhoria no atendimento das necessidades e expectativas dos clientes internos e externos;
- Redução de retrabalhos;

- Sistematização de indicadores da qualidade associados a processos e a oportunidades de melhoria;
- Propagação da cultura de Melhoria Contínua da Qualidade.

Dessa forma, a Organização certificada além de satisfazer nas necessidades e expectativas dos clientes, é capaz de, constantemente, melhorar o padrão de desempenho de seus processos, planejando-os e gerenciando-os a fim de realizar a Melhoria Contínua do SGQ. A Melhoria Contínua, processo intimamente ligado ao SGQ padrão ISO 9001, eleva a eficiência da Organização no que se refere ao cumprimento da política e dos objetivos da Qualidade (MELLO, 2009).

### **2.3 Melhoria da Qualidade**

A Melhoria da Qualidade (MQ) é uma atividade que deve estar presente nas rotinas de toda a empresa. Isto significa que todos os processos empresariais, sejam eles produtivos ou administrativos, podem e devem ser continuamente melhorados e avaliados (BHUIYAN; BAGHEL, 2005).

A Melhoria da Qualidade, de acordo com Juergensen (2000), é uma filosofia que consiste em realizar iniciativas de melhoramentos que elevem a eficiência e reduzam falhas nos processos de uma organização.

Bessant *et. al* (2001) define MQ como um processo que afeta todas as áreas de uma empresa, propiciando inovações incrementais contínuas e realçando a capacidade criativa e competitiva de uma empresa em seu mercado de atuação. Em suma, a MQ é uma cultura sustentável de melhorias que visa a eliminação de desperdícios em todos os processos e sistemas de uma organização. Esta cultura incentiva todos os funcionários a trabalharem juntos com o intuito de realizarem melhoramentos sem a necessidade de grandes investimentos financeiros.

A MQ pode ser classificada em dois tipos básicos: Melhoria Revolucionária (Radical), ou Melhoria Contínua (Incremental). No caso da Melhoria Revolucionária ou Radical, o principal meio para o melhoramento é uma grande mudança na forma como a operação trabalha. O impacto deste tipo de MQ é repentino e abrupto, demanda investimentos de capital elevados, interrompem ou perturbam os trabalhos em curso na operação, envolvem



grandes alterações em produtos/serviços e na tecnologia em processo. Além disso, raramente, possuem um baixo custo (SHIBA *et. al*, 1997).

Já no caso da Melhoria Contínua, ou Incremental, os melhoramentos realizados são mais simples e freqüentes. Em geral, melhoramentos desta natureza envolvem todos os funcionários da empresa desde administradores até operadores de chão-de-fábrica, sendo que o fundamental neste caso é que o processo de MQ seja auto-sustentado, isto é, ocorra continuamente (SHIBA *et. al*, 1997).

A Melhoria Contínua da Qualidade teve sua origem no Japão, onde é denominada *kaizen*. Imai (1986) propõe a existência de três tipos de *kaizen*:

- *Kaizen* orientado para Gestão: é considerado, pelo autor, como sendo o mais importante. Tem como foco a estratégia organizacional e envolve todos os funcionários da empresa.
- *Kaizen* orientado para Grupos: pode ser exemplificado pelos chamados ‘Círculos da Qualidade’, no qual grupos de quatro a quinze trabalhadores são formados para discutir ações de melhoria nos processos e definir ações corretivas para solução de problemas, sem que haja qualquer interferência da Alta Administração em tais decisões.
- *Kaizen* com orientação individual: trabalhadores recomendam ações de melhoria para determinado problema. Muitas vezes, dependendo do problema enfrentado e da solução proposta, o trabalhador é recompensado. Dessa forma, os demais trabalhadores são incentivados a identificar problemas que ocorrem em suas respectivas áreas e a propor as melhores soluções.

A Melhoria Contínua (MC) é uma abordagem estritamente associada à iniciativas da Qualidade como o Controle Total da Qualidade que, de acordo com Bessant *et. al*, (2001), consiste em atividades organizadas de *kaizen* que envolvem todos os funcionários de uma empresa, desde supervisores até trabalhadores, a fim de integrar esforços para melhoria de desempenho de todas as áreas da empresa.

As atividades de MC foram, inicialmente, operacionalizadas em empresas com produtos altamente padronizados e de processo de produção repetitivo. Foram formados grupos para promover, realizar e monitorar as atividades de MC, as quais foram integradas ao trabalho cotidiano de cada um dos trabalhadores (BERGER, 1997).

De acordo com Caffyn (1999), a capacidade que uma empresa tem de praticar a MC com o envolvimento da maioria de seus funcionários de modo a conquistar vantagens estratégicas, está atrelada a um conjunto de dez competências essenciais, como:

- O trabalhador deve conhecer e compreender os objetivos da empresa;
- A priorização das atividades de Melhoria deve considerar metas e objetivos da empresa;
- Possuir mecanismos, como treinamento e equipes de MC, para incentivar a realização e o monitoramento da MC;
- Procedimentos, sistemas e estrutura da empresa devem ser utilizadas para reforçar e apoiar as atividades de MC;
- Deve haver comprometimento e participação ativa da Alta Administração para com a MC;
- Todos os funcionários da empresa devem estar engajados nas atividades de MC;
- O trabalho de todos os funcionários da empresa deve ser efetivo;
- Experiências positivas e negativas devem gerar aprendizagem em toda organização;
- A aprendizagem deve ser compartilhada na empresa como um todo;
- A empresa, como um todo, deve 'vivenciar' os valores da MC.

Assim, a compreensão da MC quanto a seus valores, princípios, ferramentas e competências requeridas constitui-se em um fator determinante para que a empresa não apenas atinja seus objetivos organizacionais, mas também, para que se mantenha torne mais competitiva no mercado e crie um ambiente de trabalho harmonioso, isto é, onde os funcionários são valorizados, incentivados a realizar sugestões e os erros são tratados como oportunidade de aprendizagem e não de punição (BHUIYAN; BAGHEL, 2005).

A MC e seus princípios estão presentes na lógica de funcionamento e monitoramento da GQ a qual se apóia no fundamento segundo o qual todo SGQ deve ser operacionalizado, monitorado e estimulado a, permanentemente, atingir padrões de desempenho superiores ao longo do tempo. Tanto a sistemática de MC quanto a de GQ são aplicáveis, de forma eficaz, tanto em caso de produtos como para serviços em geral (PALADINI *et. al*, 2006).

## 2.4 Qualidade em Serviços

Na “Era do Consumidor” a prestação de serviços com Qualidade tornou-se uma estratégia essencial para o sucesso e sobrevivência de Organizações inseridas em ambientes de mercado caracterizados pela competição acirrada (CHOWDHARY; PRAKASH, 2007).

A percepção da Qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Por isso, conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e dos clientes externos (usuários), a respeito da Qualidade do serviço prestado auxilia no desenvolvimento de ações que levarão à melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder direcionar melhor suas estratégias e ações, como por parte de seus próprios profissionais que, entendendo a percepção da Qualidade sob a perspectiva de seus clientes, estarão mais preparados para atender suas expectativas (CHOWDHARY; PRAKASH, 2007).

Segundo Ansuji *et. al.*, (2005), a compreensão da Qualidade em serviços depende do entendimento de dois componentes básicos: o serviço propriamente dito e a forma como ele é percebido pelo cliente. Dessa forma, esses autores afirmam que a Qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes por meio de seus componentes tangíveis e intangíveis. Ainda segundo eles, a tangibilidade de um serviço é aquilo que o cliente vê e sente, como a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são aqueles que estão diretamente ligados ao relacionamento do prestador do serviço com seus clientes, como, por exemplo, amabilidade e cordialidade.

A subjetividade e dificuldade em se definir o que é qualidade tornam complexo o conceito de prestar um serviço com Qualidade, pois cada cliente tem uma reação diferente perante um mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre Qualidade e muitas vezes esta diferença depende, até mesmo, do humor do cliente no momento em que é prestado o serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de Qualidade em diferentes momentos da vida. Isso torna o ato de gerenciar serviços, diferente de gerenciar produção de bens, pois serviços não podem ser possuídos, mas sim vivenciados, o que torna difícil sua padronização (ANSUJI *et. al.*, 2005).

Além disso, os serviços necessitam da presença e da participação do cliente o que restringe, o tempo de atendimento, são personalizados, podendo ainda necessitar do treinamento do cliente; e implicam produção e consumo simultâneos, por não poderem ser

estocados, dificultando sua inspeção e controle de Qualidade. Por isso, o processo de prestação de serviço torna-se mais importante do que seu próprio resultado (ANSUJ *et. al*, 2005).

A intangibilidade dos serviços, juntamente com a necessidade da presença do cliente e a simultaneidade da produção e consumo do serviço compõem a avaliação dos resultados e da Qualidade dos serviços prestados. Tal avaliação torna-se complexa na medida que a intangibilidade dificulta a padronização e torna mais complexa a gestão do processo (FADEL; FILHO, 2009).

Portanto, em serviços é fundamental que se controle ou se realmente os processos em função das necessidades dos clientes. Para tal, é importante que a relação direta entre o processo e os clientes deva ser flexível, pois estes participam do processo de prestação de forma efetiva, fazendo com que as Organizações sejam capazes de realizar mudanças e renovações constantes (FADEL; FILHO, 2009).

Assim, diante de tais complexidades e dificuldades que permeiam o setor de serviços quanto à sua prestação e padronização da Qualidade, foram empreendidos esforços em relação à mensuração da Qualidade dos serviços prestados, por meio do aprimoramento de sua conceituação e do desenvolvimento de técnicas de medição (CHOWDHARY; PRAKASH, 2007).

Isso levou, ao longo dos anos, diversos pesquisadores a propor modelos de avaliação da Qualidade dos serviços prestados a fim de se compreender os determinantes principais da Qualidade em serviços e os fatores mais valorizados pelo consumidor durante sua prestação (CHOWDHARY; PRAKASH, 2007).

#### **2.4.1 Modelo de Qualidade de Serviço**

O modelo proposto por Gronroos (1984) considera a Qualidade percebida de um serviço como função do serviço esperado e do serviço percebido, incluindo um terceiro fator, chamado de imagem da empresa. Ao adquirir um serviço, o consumidor faz uma avaliação de dimensões de cunho técnico e funcional. A dimensão que é resultado daquilo que é recebido durante a aquisição de um serviço é denominada “Qualidade Técnica”. A “Qualidade Funcional” é relativa ao nível de desempenho observado de forma subjetiva,

sendo fortemente influenciada pela maneira como o serviço é prestado e intensamente dependente do contato com o prestador de serviço (MIGUEL; SALOMI, 2004).

A Qualidade funcional tem grande influência na Qualidade perceptível do serviço, sendo capaz de compensar possíveis falhas ocorridas no decorrer da sua aquisição. No caso, as promessas feitas sobre o serviço, por meio das atividades de marketing, devem ser realísticas, a fim de não aumentar o nível de expectativa do cliente e gerar uma insatisfação futura (MIGUEL; SALOMI, 2004).

Gronroos (1984) dá ênfase à dimensão funcional, afirmando que o consumidor não está interessado somente no que recebe, à semelhança de um processo de produção, mas no processo propriamente dito. Segundo esse autor, a Qualidade percebida é o resultado da diferença entre a expectativa do cliente e o seu julgamento sobre o desempenho do serviço, em relação a uma série de características, algumas técnicas e outras funcionais.

Gronroos (1984) considera a imagem da empresa uma terceira variável no modelo, abrangendo o local e os recursos disponíveis durante o consumo. Ainda de acordo com o autor, ela pode ser considerada como uma dimensão da Qualidade, por meio da qual os clientes formam seu conceito da empresa e tem as suas expectativas influenciadas por este conceito. O autor afirma que a imagem da empresa seria construída, principalmente, pelas Qualidades técnicas e funcionais, além de outros fatores menos influentes, tais como reputação, informações de terceiros, propaganda, preço e relações públicas.

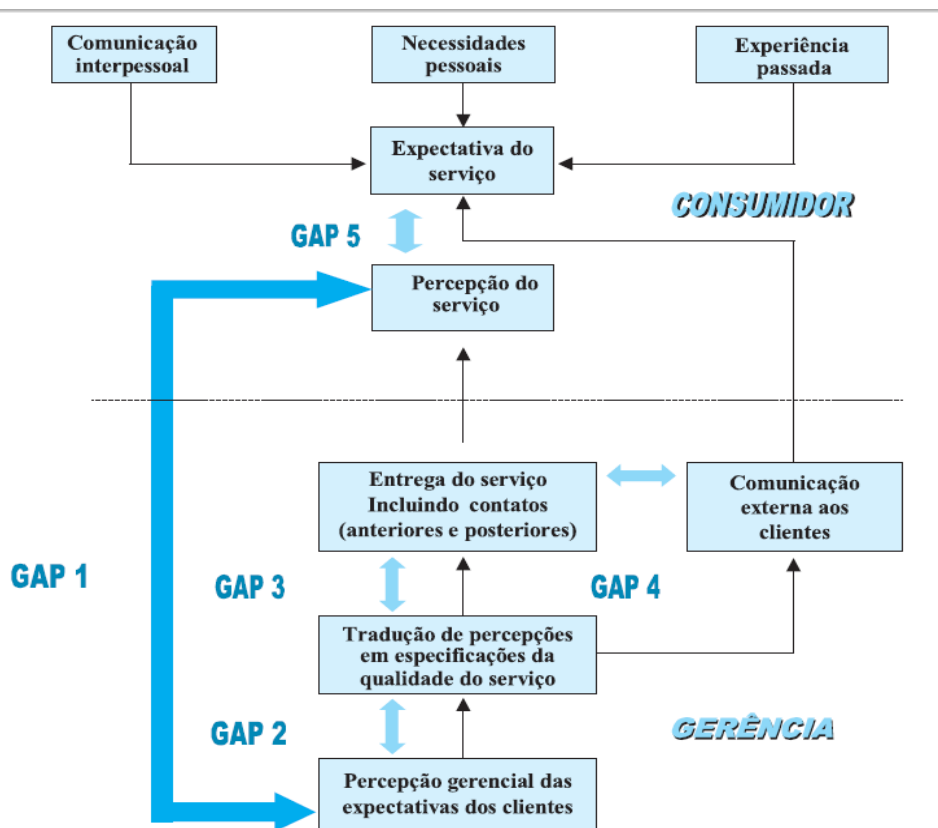
O modelo proposto por Gronroos ressalta pontos importantes que devem ser considerados para que uma empresa de serviços seja competitiva: definir como a Qualidade é percebida pelos consumidores e determinar de qual forma a Qualidade dos serviços é influenciada (MIGUEL; SALOMI, 2004).

#### **2.4.2 Modelo dos Cinco Gaps**

Parasuraman *et. al.*, (1985) propuseram a medição de Qualidade de serviço, afirmando que a satisfação do cliente é uma função da diferença entre expectativa e desempenho. Assim, a avaliação de um serviço pelos clientes em relação a uma dimensão é feita pela diferença entre a sua expectativa e seu julgamento sobre o serviço. O *Gap*, ou diferença entre a expectativa e a percepção de desempenho, além de ser uma medida da satisfação do cliente, também seria uma medida da Qualidade do serviço em relação a uma

dimensão específica. Essas dimensões da Qualidade seriam características genéricas do serviço, subdivididas em itens, que somadas resultariam no serviço como um todo, sob o ponto de vista do cliente que irá julgá-lo (PARASURAMAN *et. al*, 1985).

O modelo dos cinco *Gaps* é representado na figura 2.3.



**FIGURA 2.3. Modelo dos cinco Gaps da Qualidade de serviços**

Fonte: PARASURAMAN *et. al*, 1985

O *Gap 1* compreende a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial. Um exemplo seria o caso de uma empresa improvável de ser apontada como exemplo de alto nível de Qualidade, mas que fosse considerada pelos seus executivos como tendo a Qualidade dos seus serviços como ponto forte. O *Gap 2* consiste na discrepância entre a percepção gerencial sobre as expectativas dos clientes com as especificações da Qualidade dos serviços (PARASURAMAN *et. al*, 1985).

Como as empresas são altamente dependentes do contato interpessoal para o fornecimento de seus serviços, o *Gap 3* exprime a discrepância entre os padrões e especificações da empresa e o que realmente é fornecido ao cliente. O *Gap 4* considera a discrepância entre a promessa realizada pelos meios de comunicação e o que realmente é fornecido. Por exemplo, a propaganda pode anunciar características de um serviço que podem

não ser cumpridas, e assim gerar uma distorção na expectativa do cliente, ocasionando uma diminuição na percepção do nível de Qualidade do serviço (PARASURAMAN *et. al*, 1985).

No modelo dos cinco *Gaps*, julgamentos de serviços considerados como sendo de alta ou de baixa Qualidade dependem de como os clientes percebem o desempenho real do serviço, no contexto de suas próprias expectativas. Assim, propôs-se o *Gap 5* ou a discrepância entre as expectativas do cliente e sua percepção do serviço, podendo ser expresso como função dos outros *Gaps*. Nesse sentido, a percepção de Qualidade dos serviços pelo cliente depende da direção e da magnitude dos outros *Gaps*, associados com projeto, *marketing* e entrega de serviços de uma empresa (SALOMI *et. al*, 2005).

Consumidores utilizam os mesmos critérios para chegar a um julgamento sobre a Qualidade do serviço prestado, independentemente do tipo de serviço considerado. Estes critérios puderam ser generalizados em 10 categorias denominadas de dimensões da Qualidade. As dimensões da Qualidade representam os pontos críticos na prestação de um serviço, que podem causar discrepância entre expectativa e desempenho, que devem ser minimizadas a fim de se alcançar um padrão adequado de Qualidade (PARASURAMAN *et. al*, 1985). As dimensões da Qualidade, segundo Parasuraman *et. al* (1985), são:

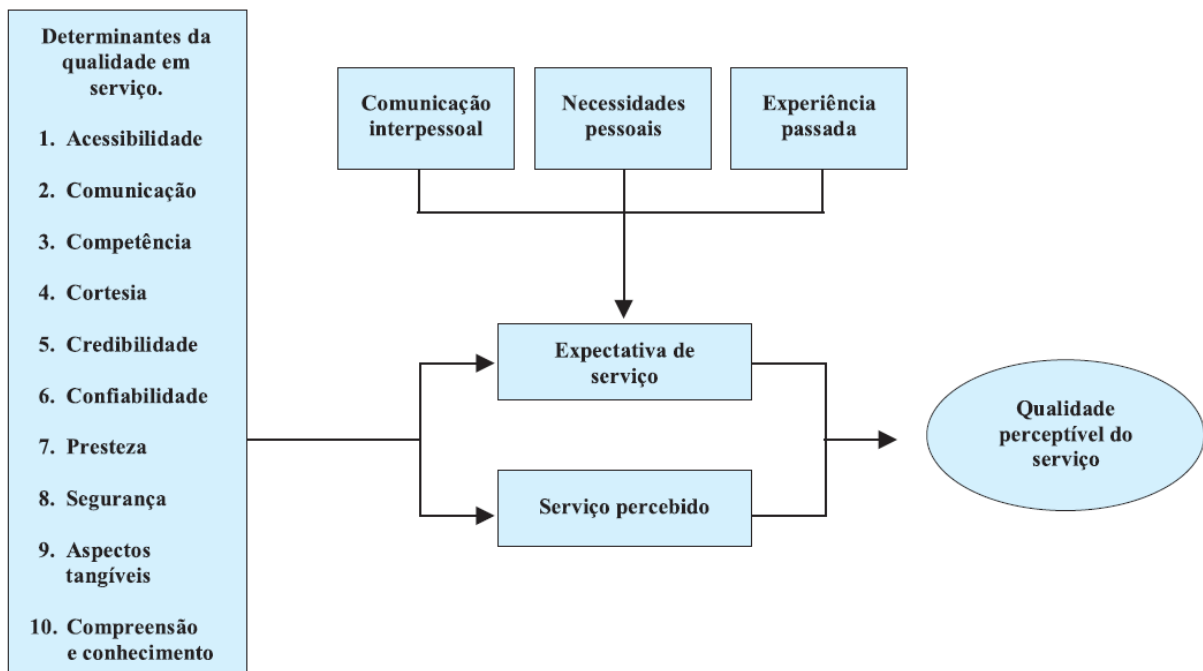
- **Confiabilidade:** abrange consistência de desempenho e confiabilidade. Também significa que a empresa honra seus compromissos. Envolve especificamente: precisão nas contas, manutenção dos registros de forma correta e realização do serviço no tempo designado.
- **Presteza/Responsividade:** Refere-se ao desejo e presteza que os funcionários tem em prover os serviços. Envolve rapidez nos serviços, por exemplo: postar um recibo, contatar um cliente rapidamente, realizar rapidamente um serviço.
- **Competência:** significa possuir as habilidades necessárias e conhecimento para realizar o serviço, envolvendo: conhecimento e habilidade do pessoal de atendimento, conhecimento e habilidade do pessoal de apoio operacional, capacidade de pesquisa da Organização.
- **Acessibilidade:** refere-se à proximidade e facilidade de contato, significando que: o serviço pode ser acessível por telefone, o tempo de espera para receber o serviço não é muito extenso, tem um horário de funcionamento.

- Cortesia: abrange educação, respeito, consideração e amabilidade do pessoal de atendimento. Compreende também consideração com a propriedade do cliente (por exemplo: não usar sapatos sujos no carpete).
- Comunicação: significa manter os clientes informados em linguagem que sejam capazes de compreender. Pode significar que a empresa deve ajustar sua linguagem para diferentes consumidores, aumentando o nível e sofisticação para os mais bem educados e conversando de maneira simples. Também compreende: proporcionar explicação do serviço, preços, descontos e garantir ao consumidor que um eventual problema será resolvido.
- Credibilidade: considera a honestidade e implica em que a empresa esteja comprometida em atender aos interesses e objetivos dos clientes, abrange: nome e reputação da empresa, características pessoais dos atendedores e nível de interação com os clientes durante a venda.
- Segurança: ausência de perigo, risco ou dúvidas, abrangendo; segurança física, financeira e confidencialidade.
- Compreensão e Conhecimento do Cliente: significa esforçar-se para compreender as necessidades dos clientes, envolvendo: aprendizado sobre os requisitos específicos do cliente, proporcionar atenção individualizada, reconhecer clientes constantes e preferenciais.
- Aspectos Tangíveis: significa a inclusão e demonstração de evidências físicas aos serviços, tais como instalações, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos e equipamentos utilizados no serviço, representação física do serviço, tais como cartões de crédito plástico, ou uma prestação de contas, além de outros clientes presentes nas instalações.

O modelo dos cinco *Gaps* explicita as influências das várias discrepâncias ocorridas na Qualidade dos serviços, divididos em dois segmentos distintos: o contexto gerencial e contexto do cliente. No contexto gerencial, direciona-se a análise de cada Gap para uma melhoria no fornecimento dos serviços. No contexto do cliente, mostra-se como este faz a sua avaliação de Qualidade por meio dos eventos de satisfação para cada um dos itens que compõem as dimensões da Qualidade. No modelo idealizado, o cliente tem uma ou mais expectativas para cada uma das dimensões da Qualidade, em relação ao serviço a ser adquirido (SALOMI *et. al.*, 2005).



No decorrer do processo de compra e mesmo após a compra, o cliente compara a sua expectativa com o seu julgamento do desempenho, para cada item da dimensão da Qualidade, formando um conceito único que será definido como a Qualidade perceptível dos serviços. A formação da expectativa tem como base três pontos principais: a comunicação interpessoal, necessidades pessoais e experiência passada, em uma contínua renovação, conforme ilustrado na figura 2.4 (SALOMI *et. al*, 2005).



**FIGURA 2.4. Determinantes da Qualidade dos Serviços**

Fonte: PARASURAMAN *et. al*, 1985

Os clientes avaliam a Qualidade dos serviços de forma global, de modo similar a uma atitude. Atitude pode ser conceituada como sendo uma orientação afetiva duradoura de um cliente em relação a um estabelecimento comercial, produto ou processo. Já satisfação é a reação emocional a uma experiência, resultante da não-confirmação de uma expectativa prévia, a qual atua no nível da atitude de consumo. Dessa forma, ao longo da aquisição de um serviço, as diversas ocorrências de satisfação resultam em um julgamento da Qualidade deste (PARASURAMAN *et. al*, 1985).

### 2.4.3 Modelo Percepção-Expectativa

O modelo Percepção-Expectativa, proposto por Brown e Swartz (1989) e ilustrado na figura 2.5, considera a Qualidade como sendo a diferença entre expectativa e percepção de desempenho (MIGUEL; SALOMI, 2004).

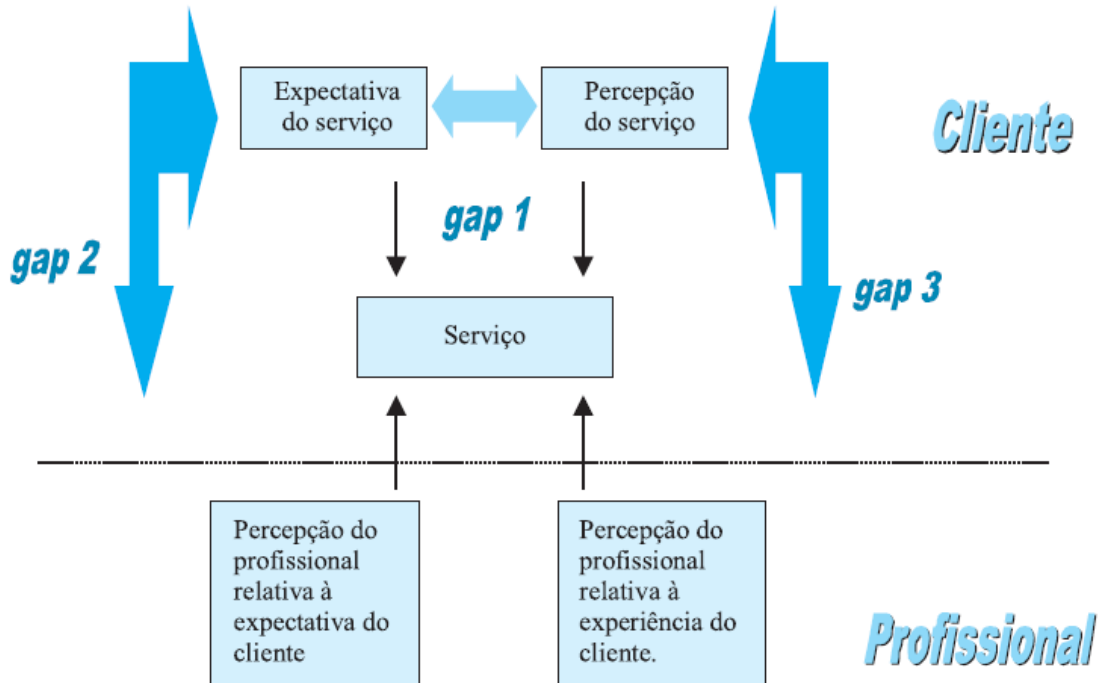


FIGURA 2.5. Modelo para Qualidade de Serviços

Fonte: BROWN; SWARTZ, 1989

Os Gaps e discrepâncias propostas por Brown e Swartz (1989) neste modelo foram:

- *Gap 1*: Percepção de desempenho do profissional julgado pelo cliente. Quanto maior a discrepância entre a expectativa do cliente e o desempenho perceptível, menor o nível de satisfação.
- *Gap 2*: Percepção do profissional em relação à expectativa do cliente. Quanto maior o nível de satisfação, menor a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção desta experiência pelo profissional.
- *Gap 3*: Percepção do Profissional em relação ao desempenho julgado pelo cliente. Maior será o nível de satisfação do cliente, quanto melhor for o nível de percepção do serviço pelo próprio profissional que presta o serviço.

## 2.4.4 Modelo de Avaliação de Serviço e Valor

Bolton e Drew (1991) propuseram um método de avaliação envolvendo o valor a ser pago pelo serviço como sendo parte do comportamento do cliente. Tal método é ilustrado pela figura 2.6.

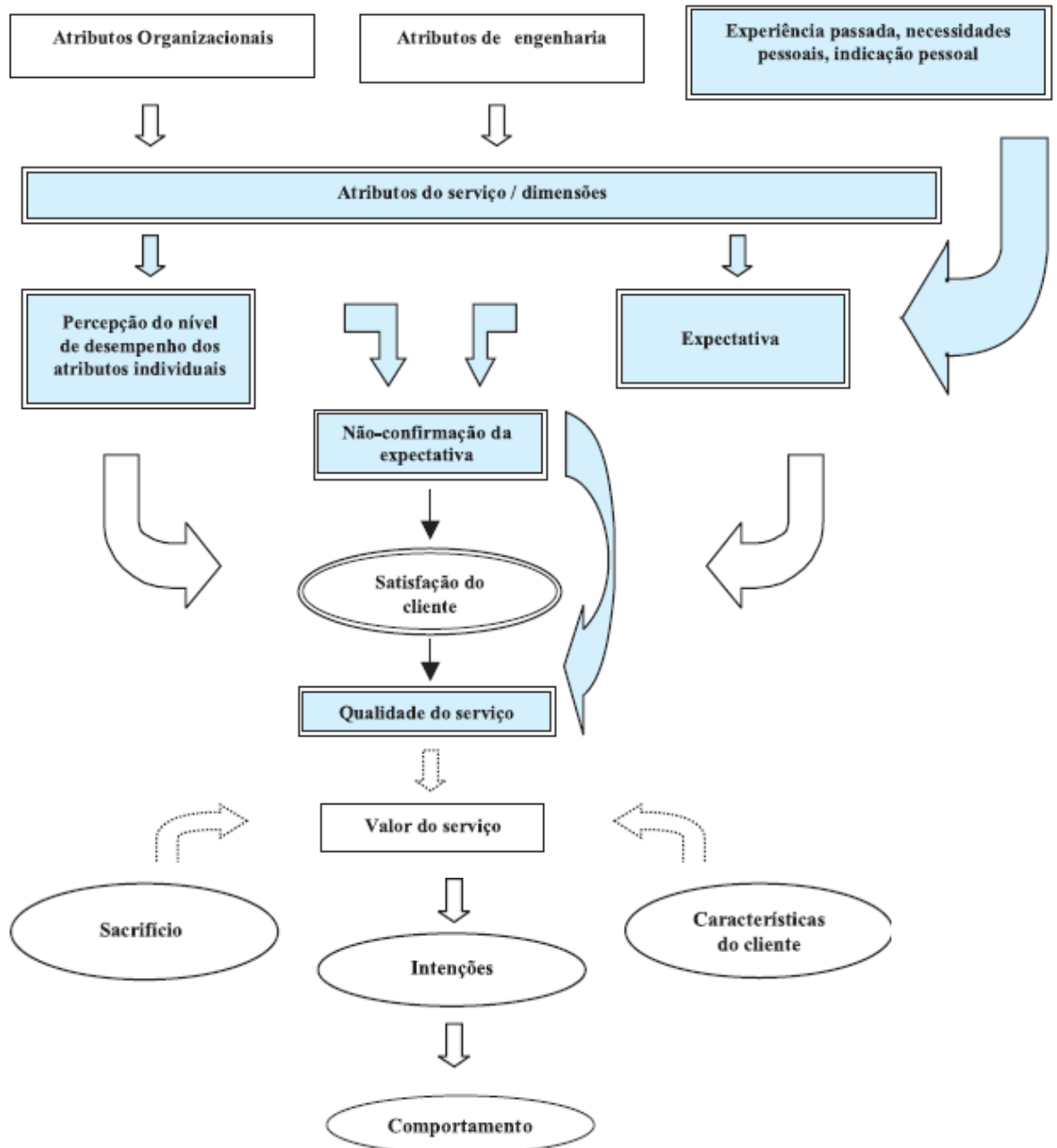


FIGURA 2.6. Avaliação da Qualidade de Serviço e Valor

Fonte: BOLTON; DREW, 1991

Bolton e Drew (1991) sugerem um modelo mais elaborado segundo o qual as expectativas, desempenho percebido e não-confirmação das expectativas são antecedentes da satisfação do cliente, sendo esta satisfação um dos fatores que afetam a percepção da

Qualidade do serviço. Outro fator que, segundo esses autores, influencia na percepção da Qualidade do serviço é a própria não-confirmação das expectativas.

A avaliação do valor do serviço é uma função da Qualidade do próprio serviço e dos sacrifícios envolvidos na sua aquisição, além das características dos clientes. Sacrifício é uma variável que descreve custos monetários e não-monetários associados á utilização dos serviços. Somente após a formação do conceito pessoal de valor é que serão delineados as intenções e o comportamento do cliente em relação ao consumo de um serviço (BOLTON; DREW, 1991).

Segundo Bolton e Drew (1991), a avaliação da Qualidade dos serviços tem como variáveis o desempenho avaliado no momento da aquisição do serviço, a expectativa do cliente e a não-confirmação destas expectativas. Os autores afirmam que a não-confirmação das expectativas é mais importante na avaliação do valor dos serviços do que na avaliação da Qualidade dos serviços. Finalmente, as características dos clientes são tidas, pelos autores, como sendo mais importantes para a avaliação do valor do que para a avaliação da Qualidade dos serviços.

Por fim, Bolton e Drew (1991) afirmam que provedores de serviços devem oferecer serviços mais flexíveis que possam satisfazer as diferentes preferências e expectativas de cada segmento de mercado. Dentre os provedores de serviços enquadram-se os hospitais também chamados de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares. Essas Unidades buscam organizar seus processos, suas atividades e sua gestão de forma sistêmica, visando satisfazer as necessidades e expectativas dos usuários e cumprir sua função mais essencial: restabelecer o estado de saúde dos usuários, prestando-lhes uma assistência eficaz e livre de erros.

O enfoque sistêmico de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalar, os processos envolvidos em seu funcionamento, suas diferentes tipologias, e o reflexo da gestão desses para a realidade atual do setor de serviços médico-hospitalares do Brasil são abordados no capítulo 3.

### **3. SISTEMAS DE PRODUÇÃO HOSPITALAR**

#### **3.1 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares**

As Unidades de Serviços Médico-Hospitalares (USMH) da rede pública, também genericamente denominadas de hospitais, fazem parte de um sistema de atenção à saúde que, no caso brasileiro, denomina-se Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sistema, essas Unidades destacam-se por sua complexidade funcional, elevada resolubilidade (capacidade da instituição receber, diagnosticar e dar seguimento ao tratamento dos usuários que o procuram) e pelos custos de implantação e operação (TOLEDO, 2002).

Com a finalidade de mostrar as transformações sofridas pelas Unidades de Serviços Médico-Hospitalares nos últimos cem anos, buscou-se definições variadas para esse tipo de instituição. Trata-se de um estabelecimento onde se recebem e se tratam os doentes pobres em enfermarias próprias e os que não são em quartos ou enfermarias reservadas, pagando-se uma cota. Antigamente, os hospitais eram locais onde se recebiam peregrinos, pobres e enfermos (TOLEDO, 2002).

Já para a OMS uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares é uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes, internos e externos, planejada, construída ou modernizada com orientação técnica; bem administrada consoante padrões e normas estabelecidas; geral ou especializada; oficial ou particular, com finalidades diversas; grande, ou pequena, custosa ou modesta para atender os ricos, menos afortunados, indigentes e necessitados, recebendo clientes gratuitos ou contribuintes, servindo, ao mesmo tempo, para prevenir contra doença e promover a saúde, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e das demais especialidades afins (TOLEDO, 2002).

O Dicionário Enciclopédico brasileiro (1954), por sua vez, define Unidade de Serviços Médico-Hospitalares como instituição destinada a receber, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem em regime de internação, ao mesmo tempo que recebe para idênticos objetivos de diagnóstico e tratamento, pacientes em regime de ambulatório, sempre que presente esta unidade (TOLEDO, 2002).

Pode-se observar por meio de tais definições que as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares são estabelecimentos que possuem amplas funções, que envolvem

grande numero de tarefas e obrigam uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares moderna a reunir atividades de um hotel, restaurante, lavanderia, escola, farmácia, biblioteca, centro de recreações, oficina de manutenção, central térmica e elétrica, residência, creche, centro de computação de dados estatísticos, arquivo, industria, garagem e outras (MILLER; SWENSSON, 2002).

Isso tudo obriga a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares a arregimentar médicos das mais variadas especialidades, enfermagem de todos os níveis, nutricionistas, assistentes sócias, psicólogos, técnicos em dezenas de ramos, pessoal administrativo de várias categorias, engenheiros, operários, etc. O número de pessoas que trabalham em uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares é, em média, o dobro do número total de leitos (MILLER; SWENSSON, 2002).

De modo geral, uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares pode ser considerada como sendo a fusão de cinco grupos básicos: 1. Administrativo; 2. Consultas; 3. Atendimento e Profilaxia; 4. Diagnóstico, Terapêutica e Pesquisa; 5. Internação e Serviços Gerais. A complexidade desse tipo de instituição é tal que toda trajetória de seus usuários, desde a internação até o recebimento da alta, já é devidamente planejada como um sistema de produção bem organizado, com *layout* por processos no qual o usuário varia trajetória de acordo com a enfermidade que apresenta e, conseqüentemente, como os exames de que necessita realizar (TOLEDO, 2002).

Cada grupo básico que compõe a estrutura de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares possui uma dada função. O grupo de consulta e atendimento inclui ambulatorios e consultórios, pronto socorro, ambulâncias e unidades de saúde, dentre outros. Os consultórios e ambulatorios destinam-se a atender usuários externos, os internados na unidade, os doentes que receberam alta e precisam completar o tratamento e os casos encaminhados pelo pronto-socorro. Em caso de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de grande porte, os ambulatorios apresentam uma especialidade específica, podendo variar desde a de clínica geral até a de internação (TOLEDO, 2002).

O Pronto-socorro destina-se ao rápido atendimento de usuários na própria Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, na rua, ou em domicílio. Já as unidades de saúde cuidam dos programas de medicina preventiva, complementando a finalidade curativa da Unidade (TOLEDO, 2002).

O grupo de diagnóstico determina o inicio imediato do tratamento, a cura mais breve e a liberação do leito para um novo usuário. Enquanto o grupo de tratamento determina os medicamentos, equipamentos, e práticas que devem ser utilizadas para tratar a enfermidade

do usuário. O agrupamento de pesquisa é responsável pela realização de reuniões científicas, experiências e novos estudos (TOLEDO, 2002).

O grupo de internação classifica os usuários em quatro categorias: aqueles em estado grave, os obrigados a aguardar leito, os parcialmente ambulantes e os ambulantes. A primeira categoria ocupa o centro de terapia intensiva, enquanto as demais categorias ficam na unidade de enfermagem, que se trata de um local amplo formado por apartamentos, quartos e enfermarias. O agrupamento de serviços gerais é responsável pelo suprimento de provisões, artigos de consumo, roupas, material esterilizado e produtos, energia elétrica, água fria e quente, vapor, gás, oxigênio, ar comprimido, além de realizar a manutenção de máquinas e equipamentos (TOLEDO, 2002).

Nesse grupo destacam-se também a lavanderia e o setor de nutrição. Ao perceber a roupa suja dos usuários, a lavanderia está sujeita a veicular infecções dentro da Unidade, por isso, este setor é motivo de grande preocupação para a administração hospitalar. Seus serviços devem ser perfeitamente separados. A roupa limpa não pode entrar em contato com a roupa suja, nem estar no mesmo ambiente desta. A nutrição determina dietas e alimentação, fornecendo refeições diárias devidamente quentes e balanceadas, o que exige um sistema industrial de produção e distribuição (TOLEDO, 2002).

As Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, em razão dos serviços oferecidos e da complexidade de funcionamento, podem ser classificadas em diferentes tipos, os quais são abordados na sessão subsequente.

### **3.2 Tipologia das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares**

Existe uma variedade de tipos de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, genericamente denominados de hospitais, que se diferencia quanto ao porte, a resolubilidade (capacidade da instituição receber, diagnosticar e dar seguimento ao tratamento dos usuários que o procuram), tipologia e área adscrita. Juntos, tais características compõem o perfil de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares (MILLER; SWENSSON, 2002).

A característica mais peculiar de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares é a sua capacidade de “internar” seus usuários, por um curto período, como ocorre nos Serviços de Pronto Atendimento (SPA), ou por longos períodos, em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de apoio, de crônicos, ou em unidades especializadas na

recuperação de agravos ao aparelho locomotor, como as que integram a Rede SARA, por exemplo, onde certos usuários com lesões na medula podem permanecer internados por toda sua existência (TOLEDO, 2002).

O tamanho das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, geralmente, medido pelo número de leitos, vem se reduzindo na última década em decorrência de inúmeros fatores, dentre os quais estão o risco crescente de infecções hospitalares, as dificuldades de gerenciamento e o alto custo de implantação e operação das unidades de grande porte. Atualmente, uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares com internação dotada de mais de duzentos leitos é considerada de grande porte, unidades com número de leitos variando entre 40 e 200 leitos são de médio porte, e unidades com menos de quarenta leitos são consideradas de pequeno porte (TOLEDO, 2002).

Segundo Toledo (2002), outra característica que compõe o perfil de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares (USMH) é a tipologia. Sob a perspectiva da tipologia, o autor afirma que uma USMH pode ser classificada em:

- USMH Geral: é a unidade que tem por objetivo atender usuários necessitados de assistência médica geral. Quando de alta resolubilidade, a USMH é dotada de “Apoio ao Diagnóstico”, constituído pelas Unidades de Imaginologia (Raio-X, Tomógrafo, Ressonância Magnética), Endoscopia, Laboratório de Análises Clínicas e Anatomopatologias, etc. É dotado, também, de “Tratamento” que é constituído pelo Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidades de Terapia Intensiva, Emergência, Pronto-Socorro. Possui, ainda, a “Internação” que pode ser infantil, obstétrica, cirúrgica e de clínica médica.
- USMH de Emergência: neste tipo de USMH destacam-se as Unidades de Emergência, os Centros Cirúrgicos e Tratamento Intensivo e, em algumas unidades, Internação de Queimados. Tem como foco principal o de diagnosticar e tratar de forma adequada usuários em estado grave e que, portanto, necessitam de cuidados imediatos.
- USMH Pediátrica ou Infantil: destinado ao atendimento de crianças e adolescentes (desde recém-nascidos até 18 anos), uma USMH do tipo Pediátrica ou Infantil apresenta configuração análoga a de uma USMH Geral, sendo que a única diferença é a presença, naquele, de um Centro Obstétrico, o qual não existe em USMH Gerais. Pode-se destacar, ainda,



que em USMH Pediátricas, as mães do usuários tem acesso ao setor de internação e os mesmos são divididos segundo a idade.

- USMH de Apoio: tem a função de aumentar o desempenho das unidades com alta resolubilidade e com alto custo de internação, na medida em que eleva a rotatividade das internações e trata os usuários de quadro clínico mais simples.
- USMH Especializada: destinado ao diagnóstico, tratamento e recuperação de usuários com patologias crônicas e específicas, como por exemplo, cardiologia, oncologia, infectologia, etc. No passado, tais Unidades constituíam-se em espécies de prisões, onde os usuários ficavam totalmente isolados. São os casos dos sanatórios para tratamento de tuberculosos ou de leprosos, e de USMH que tratavam doentes mentais.
- Maternidade: destinada ao atendimento de gestantes durante toda gravidez, o parto e o pós-parto, quando busca atender, também, ao recém-nascido. De modo geral, uma maternidade pode variar quanto à complexidade tecnológica e grau de resolubilidade, podendo variar desde uma “ Casa de Partos”, onde parteira são assistidas por supervisão médica, até Maternidades de Referência que tratam das gravidezes de alto risco.
- Unidade Mista: trata-se de uma USMH que possui unidade de apoio a diagnósticos de média complexidade, um centro cirúrgico/obstétrico e uma ala de internação com pequena capacidade.

Toledo (2002) afirma que as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares podem ser classificadas, também, segundo outros critérios. Dessa forma, a classificação pode se basear em:

- Classificação Clínica, ou segundo a finalidade ou assistência:
  - a) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Especializada;
  - b) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Geral.
- Classificação conforme a dependência, ou seja, propriedade ou manutenção, controle ou administração:
  - a) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Oficial:  
Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Federal ou Nacional;  
Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Estadual;  
Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Municipal.

- b) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Particular:  
De finalidade filantrópica ou de assistência gratuita;  
De finalidade não-lucrativa ou de interesse mútuo;  
De finalidade lucrativa ou visando rendas.
- c) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares Paraestatal.
  - Classificação segundo a lotação:
    - a) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno porte (25 a 49 leitos);
    - b) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de médio porte (50 a 149 leitos);
    - c) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de grande porte (150 a 500 leitos);
    - d) Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de porte especial (acima de 500 leitos).

Uma das características típicas das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares é abrigar funções extremamente diversificadas e, muitas vezes, incompatíveis entre si. Além das atividades terapêuticas, de apoio ao diagnóstico e tratamento, as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares desempenham outras funções tais como a de hotelaria e industrial. Enquanto a primeira está destinada a receber, hospedar e alimentar usuários e acompanhantes, a segunda função busca produzir, processar e distribuir diversos insumos, dentre eles roupas, materiais esterilizados, gases e medicamentos (MILLER; SWENSSON, 2002).

Dessa forma, as áreas funcionais de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares devem ser corretamente posicionadas, levando-se em consideração os fluxos gerados por elas, como fluxos de usuários, de acompanhantes, da equipe médica, de funcionários, de alimentos, de material contaminado, cadáveres, etc. A importância de um posicionamento adequado das áreas funcionais de uma Unidade pode evitar a contaminação pelo cruzamento de materiais limpos e contaminados, ou o contato indesejado de usuários com doenças infecto-contagiosas com outros doentes. Além disso, auxilia a otimizar aspectos terapêuticos e operacionais por meio da aproximação do setor de apoio ao diagnóstico às unidades de emergência, ambulatório e internação, ou ainda, situando caldeiras perto das unidades consumidoras de vapor (lavanderia, nutrição e esterilização), ou isolando o depósito de lixo (MILLER; SWENSSON, 2002).

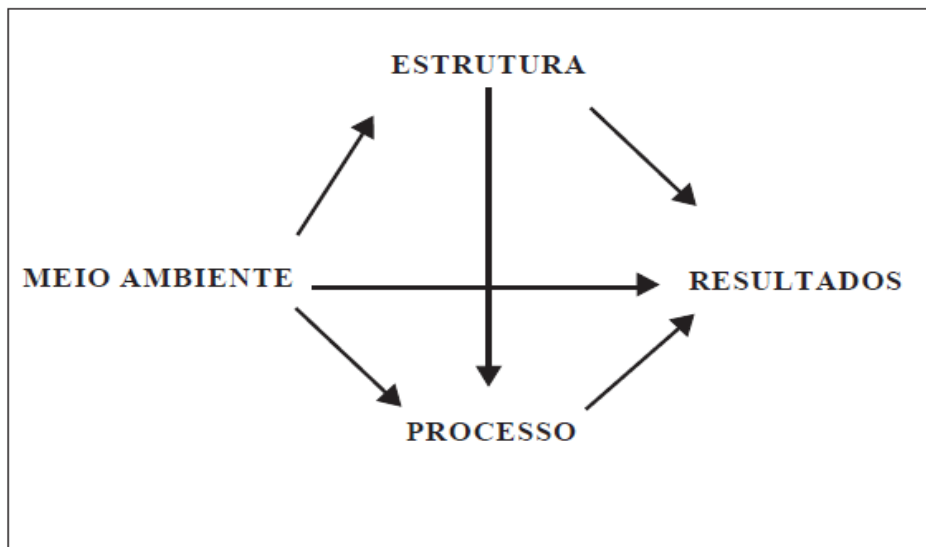
Paralelamente, é de suma importância um fornecimento perfeito, livre de falhas, de água e energia elétrica, pois a ausência de ambos pode colocar a vida de diversos usuários em risco. Os sistemas de comunicação também devem ser confiáveis no sentido de viabilizar a adoção de tecnologias sofisticadas de transmissão de dados, utilizadas pelos sistemas de agendamento de consultas e diagnósticos remotos, em tempo real. Além da perspectiva da tipologia, as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares podem ser analisadas sob a perspectiva sistêmica, enquanto um sistema de produção dotado de processos interligados que transformam entradas usuários doentes em saídas com agregação de valor (usuário com o estado de saúde restabelecido) (MILLER; SWENSSON, 2002).

Esta perspectiva é tratada em detalhes pela próxima sessão.

### **3.3 Sistema de Produção de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares**

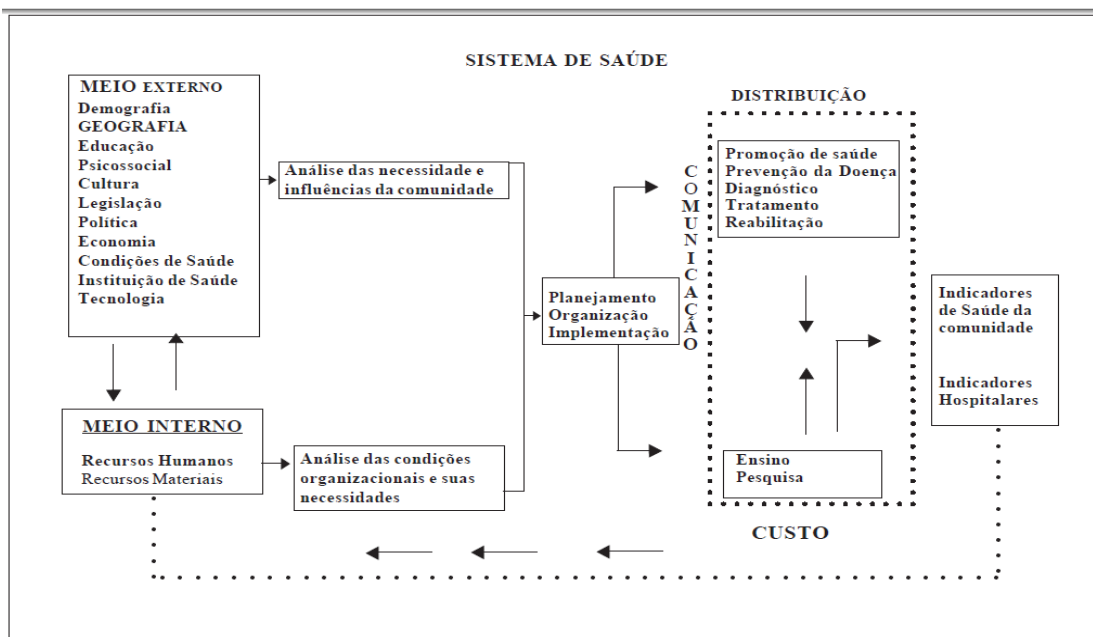
Os resultados produzidos por uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, como também em Organizações industriais, dependem de um conjunto de processos, os quais, por sua vez, estão atrelados à estrutura e ao ambiente interno e externo da instituição.

Uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares é composta por insumos, pela área física, recursos materiais (equipamentos, ferramentas, financeiros, instrumentais, utensílios, gases, próteses, etc.), recursos humanos e instrumentos de gestão que correspondem à estrutura organizacional (organograma) e ao modelo administrativo adotado pela instituição. Em contrapartida, os processos são definidos como sendo toda a tecnologia envolvida nos cuidados com os usuários. Essa lógica de gestão de processos em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares pode ser observada na figura 3.1 (BITTAR, 1997).



**FIGURA 3.1. Lógica de Gestão de Processos**  
 Fonte: BITTAR (1997)

A estrutura e os processos caracterizam o ambiente interno da instituição. Já o ambiente externo desta, compreende inúmeras variáveis que interferem na comunicação, na distribuição e no processo de produção de programas e serviços, interferindo tanto na Qualidade, quanto na efetivação dos mesmos. O processo de produção, por sua vez, necessita de planejamento, organização e coordenação, visando atender, por meio dos programas e serviços prestados, às necessidades dos usuários do sistema. Uma visão geral de um típico sistema de produção de uma Unidade de Serviços médico-Hospitalares pode ser observada na figura 3.2 (BITTAR, 1997).



**FIGURA 3.2. Sistema de Produção de Unidades de Serviços Médico-Hospitalar**  
 FONTE: BITTAR (1997)

Bittar (1999) afirma que a complexidade que envolve o sistema de produção de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares pode ser expressa por meio dos elementos constantes do ambiente e da estrutura que o compõem e que são responsáveis por processos que geram resultados. Segundo esse autor, esses elementos são:

- **Área de Infra-Estrutura:** engloba todas as subáreas que dão suporte à outras áreas afins, ou seja, aquelas que não estão em contato direto com os usuários. Seu desempenho está atrelado à Qualidade final dos serviços. Todo início de processo baseia-se em três: farmácia, material e recursos humanos. A entrada de insumos inicia-se através delas; materiais e medicamentos são adquiridos, manipulados e distribuídos. Recursos Humanos são recrutados, selecionados, admitidos, treinados e avaliados. As influências externas são importantes, visto que muitos produtos são obtidos de outras Organizações, serviços são contratados de terceiros e muitos profissionais formados apresentam tendências particulares, de acordo com o local de formação. Outras sub-áreas são responsáveis pela imagem que impõem aos usuários, familiares, visitantes e funcionários, como a zeladoria e a nutrição. Dentre as sub-áreas mais comuns estão: administração, auditoria, centro de esterilização de material, farmácia, finanças, informática, jurídico, lavanderia, manutenção, marketing, nutrição, material (compras, almoxarifado, patrimônio), recursos humanos e zeladoria.
- **Área de Ambulatório/Emergência:** suas sub-áreas alimentam a demanda que uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalar possui. É uma área que pode contribuir não só com a Qualidade dos serviços, mas também com a Qualidade de vida do usuário, com a redução dos custos, à medida que apresenta alta resolubilidade, trabalhando com a prevenção da doença, promoção da saúde, evitando-se internações. Tem como sub-áreas: ambulatório clínico, ambulatório cirúrgico, sala de recuperação anestésica, odontologia, serviço social, psicologia e emergência.
- **Área de Internação Clínica-Cirúrgica:** casos graves, necessariamente, serão internados ou recorrerão à unidade de internação, com utilização de processos mais complexos, como procedimentos invasivos, consumidores de recursos com trabalho mais estressante, na qual o usuário permanece por um tempo maior, sujeito a conflitos e possibilidade de observação do que

ocorre no desenvolvimento dos processos, sendo composta pelas sub-áreas: anestesia, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de recuperação anestésica, internação clínico-cirúrgica, obstétrica e pediátrica, unidades neonatal, unidade de moléstia infecto-contagiosa e serviço de controle da infecção hospitalar.

- Área Complementar de Diagnóstico e Tratamento: é responsável pela ajuda e solução de diagnósticos e de tratamentos. Nas últimas décadas, passou por um grande desenvolvimento tecnológico, contribuindo não só com a melhoria da Qualidade, mas também com o aumento dos custos. Aumentou ainda, o número de processos, exigindo tecnologia cara e recursos humanos altamente treinados. Possui como sub-áreas: anatomia patológica, angiografia/hemodinâmica, banco de sangue, banco de tecidos, biologia molecular, dermatologia (laser), endoscopia, fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise, etc.
- Recursos Humanos: diferentemente do que ocorre no setor industrial, no setor de saúde, a tecnologia provoca aumento da mão-de-obra, pois equipamentos necessitam de profissionais para sua operação, manutenção e interpretação de resultados. Por isso, Unidades de Serviços Médico-Hospitalares são dependentes de mão-de-obra, sendo esta altamente especializada.
- Recursos Materiais: decidir sobre Qualidade, quantidade, ocasião, aquisição, compra, recebimento, distribuição e armazenamento de recursos materiais são processos que exigem uma logística bem planejada, organizada, coordenada e avaliada. O controle de tais processos evita perdas, má utilização, desperdícios, custos e provisões de cuidados desnecessários. Em geral, recursos materiais e recursos humanos combinam-se a fim de desenvolverem processos que atinjam resultados visando a prevenção de doenças, a reabilitação do usuários e a promoção da saúde.

Os processos inerentes ao sistema de produção de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares estão presentes em todas as áreas da mesma e podem ser divididos dois tipos: técnicos e administrativos. Enquanto os primeiros são aplicados diretamente aos usuários, os administrativos servem de suporte ou atendimento entre áreas e sub-áreas para manutenção de suas rotinas e de seus trabalhos cotidianos, estando ligados à área de infra-

estrutura. Processos técnicos demandam profissionais treinados e equipamentos sofisticados, sendo que alguns deles se assemelham a uma linha de produção típica da indústria, como, por exemplo, a lavanderia (BITTAR, 1999).

Dessa forma, de acordo com Bittar (1999), processos de uma Unidade Médico-Hospitalar são caracterizados pela diversidade, complexidade e intersectoriedade que possuem entre si. Ainda segundo o mesmo autor, tais características podem ser expressas a partir das seguintes situações:

- Para um mesmo processo, em diferentes usuários, pode-se necessitar de medicamentos com diferentes dosagens, assim como a mesma doença admite diferentes tratamentos, tratamentos invasivos, não-invasivos, ou simplesmente a observação;
- A mesma patologia, para ser esclarecida, pode exigir um número maior de exames complementares, de diferentes naturezas;
- A coordenação de uma equipe multifuncional pode ser dificultada pelas diferentes categorias dos profissionais que a compõem, bem como pela diversidade de formação que cada universidade imprime, desenvolvendo processos de maneiras e custos diferentes, embora corretos;
- Educação, treinamento e habilidades são importantes devido à responsabilidade, complexidade, quantidade e diversidade de processos a fim de assegurar Qualidade, alta produtividade e baixo custo;
- O simples contato da recepcionista ou telefonista com o público já é um processo que pode facilitar ou dificultar o relacionamento do público com os profissionais da instituição. Muitas vezes o relacionamento é tumultuado por fatos desagradáveis, ocorridos devido a trabalho insatisfatório desenvolvido por sub-áreas como nutrição e limpeza;
- Na área da saúde, quem ordena as despesas não é quem autoriza a compra, mas sim os médicos, que, na maioria das vezes, desconhecem os custos dos processos, inviabilizando o atendimento a uma parcela maior da população. Os médicos ainda são responsáveis pelo contrato entre o usuário e a Unidade, representado pelo prontuário médico;
- A área física interfere nos processos. Por exemplo, os fluxos de insumos, lixo, materiais biológicos quando não são adequados levam à infecção hospitalar e à suas conseqüências (mortalidade, custos, etc.). Em

contrapartida, a área física pode facilitar processos na medida em que reduz movimentações, pessoal e custos;

- A seleção e padronização de medicamentos, materiais de consumo, equipamentos, instrumentos e outros insumos é facilitada pela oferta de mercado e pelo desenvolvimento tecnológico. Atrasos na entrega, insumos de má Qualidade podem comprometer o processo;
- O comprometimento dos profissionais é um fator importante para o sucesso dos processos que compõem o sistema de produção de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares;
- Comunicação é fator de viabilização dos processos, exigindo a coleta e divulgação de informações rotineiras e periódicas para alimentação dos mesmos;
- Um grande número de equipamentos de precisão é utilizado na realização de processos, o que faz da calibração de instrumentos, por exemplo, uma atividade imprescindível;
- A repetição de trabalho pode se dar tanto pela utilização de insumos de má Qualidade como por recursos humanos mal preparados, com custo elevado relativo à perdas e gastos financeiros;
- Devido ao elevado número de interações na execução de um processo, a rastreabilidade, quando do encontro de uma não-conformidade, exige trabalho e tempo dos profissionais;
- Situações de urgência/emergência em provisão dos serviços de saúde exigem que o tempo de resposta seja curto, reforçando a necessidade das ações estarem descritas e treinadas, de serem confiáveis e de terem responsabilidades bem definidas. Na maioria das vezes, as atividades dos processos podem ocorrer de forma sequencial ou de forma simultânea, fazendo com que haja uma logística bem planejada para o seu desenvolvimento;
- A avaliação dos processos é dificultada por fatores como a dependência excessiva de mão-de-obra, especializada e diversificada, complexidade tecnológica, fatores ambientais e institucionais, etc.



### 3.4 Setor Brasileiro de Saúde

Atualmente, o Brasil investe por ano de 7% a 8% de seu PIB, ou US\$ 204 per capita em Saúde, ante US\$ 3.233 per capita investidos pela França, US\$ 3.074 per capita investidos pelos EUA e US\$ 2.212 per capita investidos pelo Japão. Em uma comparação com país emergentes, o Brasil, em gastos per capita, investe menos, por exemplo, que Argentina (US\$ 251) e México (US\$ 217). Dessa forma, o país ocupa a 79ª posição no *ranking* de gastos per capita da OMS (GOLDBERG, 2009).

O Setor de Saúde no Brasil movimentou, em 2009, cerca de R\$ 160 bilhões e sua operacionalização se dá mediante dois Sistemas de Saúde distintos: o Sistema Público e o Sistema Privado. O primeiro, potencialmente representado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), é considerado o maior do mundo em termos de cobertura, atendendo 150 milhões de pessoas. Já o último, também denominado de Sistema Suplementar de Saúde, é representado pela iniciativa privada e administrado pelos Planos de Saúde, atendendo 41,4 milhões de beneficiários (GOLDBERG, 2009).

Em 2009, o SUS recebeu R\$ 59,6 bilhões em investimentos. Desse volume, a parcela dedicada às ações e serviços de saúde foi de R\$ 55 bilhões e, os outros R\$ 4,6 bilhões destinaram-se ao pagamento de dívidas e de inativos e pensionistas. Segundo o Ministério da Saúde, desses R\$ 55 bilhões, R\$ 45,1 bilhões foram aplicados no custeio do Sistema. Da diferença, R\$ 6,4 bilhões destinaram-se ao pagamento do pessoal ativo e R\$ 3,5 bilhões para investimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2009, o setor público investiu 3,7% do PIB no SUS. Este percentual revela-se superior àquele investido pelo país nos anos de 2002 (3,53%), de 2001 (3,33%) e de 2000 (3,09%), mas ainda é inferior ao investido em países desenvolvidos, como a Inglaterra, onde o percentual é de 6,5%. Além disso, os gastos públicos com a Saúde no Brasil, ainda são superados pelos da iniciativa privada: dos cerca de R\$ 160 bilhões gastos, a iniciativa privada contribuiu com R\$ 100,4 bilhões (GOLDBERG, 2009).

Existem no país 6.750 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, distribuídas conforme a tabela 3.1. Desse valor, 29,2% são públicas, 68,3% são privadas e 2,5% são universitárias. Quanto ao número de leitos existentes em tais Unidades no Brasil, tem-se 459.936 leitos dos quais 336.061 leitos pertencem ao SUS e 123.875 pertencem ao Sistema Suplementar (IBGE, 2010).

<b>Públicas</b>	Federal	77
	Estadual	467
	Municipal	1427
	<b>Sub-Total</b>	<b>1971</b>
<b>Privadas</b>	Sem fins lucrativos	1856
	Lucrativos	2756
	<b>Sub-Total</b>	<b>4612</b>
<b>Universitárias</b>	<b>Sub-Total</b>	<b>167</b>
<b>Total</b>		<b>6750</b>

**Tabela 3.1. Número de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares no Brasil**

Fonte: IBGE (2010)

Nos próximos anos, o Ministério da Saúde espera pela aprovação da CSS (Contribuição Social para a Saúde), uma nova taxa que seria cobrada do contribuinte em substituição à extinta CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) cujo volume financeiro arrecadado seria integralmente repassado á Saúde. Com a CSS, seriam investidos, adicionalmente no setor, R\$ 11 bilhões que possibilitariam a contratação de novos profissionais, compra de 4 mil ambulâncias, construção de 244 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, disponibilização de 10 mil novos leitos, etc (GOLDBERG, 2009).

## **4. GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES**

### **4.1 Sistemas de Gestão da Qualidade em Serviços Médico-Hospitalares**

Poucos setores no Brasil têm experimentado tantas e tão profundas mudanças quanto o setor de saúde: novas tecnologias, novos desafios, concorrência acirrada, recursos escassos, processos mais complexos e usuários mais exigentes. Esta realidade demanda um Sistema de Gestão da Qualidade ágil e abrangente, focado em resultados. Por isso, uma adequada gestão dos diversos elementos que compõem o sistema hospitalar (tais como, gestão estratégica, gestão das informações, gestão de pessoas, de processos, de materiais, clínica e de infra-estrutura) assume extrema importância para que o Sistema de Gestão da Qualidade de Serviços Médico-Hospitalares funcione de modo harmonioso (JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Dessa forma, este SGQ propicia a organização do fluxo de trabalho da Unidade da melhor maneira possível, otimizando a qualidade dos resultados gerados (exames clínicos, redução de índices de infecção, coleta e análise de sangue, internações e prescrições) e assegurando a consistência e o aperfeiçoamento das práticas de trabalho (JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Assim, o SGQ de Serviços Médico-Hospitalares pode contribuir para redução do desperdício de materiais, recursos financeiros, tempo e espaço garantindo um bom relacionamento entre as equipes multifuncionais e atendimento de qualidade aos usuários. Além de aprimorar a administração da Unidade, bem como a gestão de seus recursos e processos, o SGQ de Serviços Médico-Hospitalares possibilita a potencialização do talento humano, visando uma mudança comportamental das pessoas no ambiente de trabalho, no sentido de conferir aos envolvidos, independentemente do nível hierárquico ou competência, uma ampla participação, distribuindo responsabilidades e canalizando esforços a fim de que não somente as tarefas necessárias sejam executadas, mas que todo trabalho seja coordenado e controlado para se atingir os objetivos da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de forma mais eficiente e eficaz (LORENZI *et. al*, 2007).

O potencial da gestão da qualidade e da melhoria de processos em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares pode atingir todos os processos (administrativos, de apoio, assistenciais, médico-sanitários, etc.).

Segundo Lorenzi *et. al*, (2007) para melhorar a gestão da qualidade dos serviços médico-hospitalares, uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares deve se conscientizar de que:

1. As ferramentas de melhoria da qualidade podem funcionar nos serviços de saúde;

2. As equipes multifuncionais são valiosas na melhoria dos processos do serviço de saúde, pois auxiliam na tomada de decisões e por serem compostas por profissionais que atuam em diferentes áreas da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares e reunirem pontos de vista distintos, podem discutir meios de aumentar a satisfação dos usuários e ações corretivas para solução de problemas com maior probabilidade de sucesso;

3. Dados úteis para melhoria da qualidade nos serviços de saúde existem em grande quantidade;

4. Custos da má qualidade são elevados e economias estão ao alcance;

5. Há necessidade de submeter seus profissionais a treinamentos;

6. Organizações de saúde podem necessitar de uma definição mais ampla de qualidade;

7. Nos serviços de saúde, como na indústria, o destino da melhoria da qualidade está, acima de tudo, nas mãos dos líderes.

D'Innocenzo *et. al*, (2006) afirmam que uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares deve focar sua gestão em três aspectos importantes que contribuem diretamente para uma adequada Gestão da Qualidade:

- Estruturas: são os recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço (área física, equipamentos, instalações, recursos humanos, etc.). Envolve, ainda, a organização da equipe médica, de enfermagem e outros profissionais, bem como as funções de ensino e pesquisa, o tipo de supervisão exercida, os processos de revisão e métodos de pagamento pelos cuidados.

- Processos: significam "o próprio atendimento" – a maneira como os medicamentos são usados, quais procedimentos são realizados, como os diagnósticos são feitos, etc. Envolve atividades relacionadas aos cuidados com a saúde como diagnóstico, reabilitação e tratamento dos usuários. Os processos geram rotinas e procedimentos que auxiliam a reduzir a variabilidade dos serviços prestados o que é fundamental para a Qualidade;

- Resultados: são as conseqüências decorrentes do atendimento, tais como o prolongamento da vida, o alívio à dor, satisfação do usuário com o atendimento e os resultados.

Porém, segundo D’Innocenzo *et. al*, (2006), a relação entre a utilização de recursos e a qualidade do atendimento prestado ao usuário, exigem um SGQ de serviços médico-hospitalares que atenda aos seguintes aspectos:

\* Uma estratégia da atenção em saúde, que deve combinar a eficiência clínica, onde os serviços são programados e controlados utilizando-se uma quantidade prevista de recursos como materiais, equipamentos e recursos humanos produzindo maior eficácia no atendimento ao usuário, com a eficiência em serviços de diagnósticos e tratamentos.

\* Uma estratégia da atenção em saúde que inclua os custos e os benefícios recebidos, tanto para o usuário, para o seu bem-estar físico, psíquico e social, quanto para a sociedade (custos relativos a programas de seguro e assistência pública);

\* O planejamento de um sistema de monitoração interna e externa do atendimento ao usuário, por meio da definição de padrões flexíveis e adaptáveis às peculiaridades clínicas e organizacionais, os quais permitam à organização de saúde prevenir, identificar e corrigir os seus erros.

Macinati (2008) afirma que o Sistema de Gestão da Qualidade em serviços médicos-hospitalares envolve funcionários de todos os níveis, desde a Alta Administração até profissionais de apoio, no planejamento, medição e controle dos serviços prestados aos usuários, visando fornecer a estes um serviço livre de falhas e que atenda às expectativas. Ainda, de acordo com a mesma autora, um SGQ em serviços médico-hospitalares é caracterizado pelos seguintes elementos:

- Liderança e Comprometimento para com a Qualidade: membros da Alta Administração e do setor da Qualidade devem estar comprometidos com esta e liderar toda a mudança cultural que a GQ exige. Dessa forma, a instituição com um todo será estimulada a atingir elevados padrões de desempenho em níveis individuais e organizacionais.
- Planejamento Estratégico da Qualidade: a Qualidade deve ser compreendida pela Alta Administração como meta estratégica da instituição. Uma vez considerando a Qualidade como parte integrante do planejamento, a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares será capaz de identificar seus pontos fortes e fracos, além de otimizar a utilização de recursos (materiais, financeiros, mão-de-obra, equipamentos).

- Treinamento dos recursos humanos: os profissionais devem ser conscientizar de que a prestação de um serviço médico-hospitalar de Qualidade depende, principalmente, das habilidades individuais e de trabalho em equipe dos profissionais. Assim, a Alta Administração deve fornecer, aos profissionais, apoio e recursos necessários para prestação dos serviços, além de comunicar claramente metas e expectativas e de oferecer programas de treinamento e de educação em práticas e procedimentos da Qualidade que devem ser seguidos por todos, visando à padronização de rotinas e atividades;
- Informações e Dados: a manutenção de dados e informações confiáveis se faz necessário para que medições e dados sejam comparados a padrões de referência existentes e para que seja possível avaliar o desempenho das atividades rotineiras, tendo-se como foco principal: o usuário, um padrão excelente de Qualidade para os serviços prestados e a melhoria contínua destes. Informações médicas de usuários e indicadores de desempenho fornecem subsídios aos profissionais da instituição, possibilitando que estes tomem decisões baseadas em fatos e identifiquem oportunidades de melhoria;
- Coordenação Organizacional: busca mudar o foco da gestão, de uma abordagem voltada para estrutura para uma abordagem focada em processos, a fim de se coordenar serviços e responsabilidades em prol da Qualidade final do serviço prestado. Essa mudança de foco deve ser apoiada pelo setor de Gestão da Qualidade da instituição, o qual por meio de indicadores, relatórios de desempenho clínico e de iniciativas de Melhoria Contínua contribuirá para que os serviços médico-hospitalares tenham níveis de desempenho em Qualidade cada vez mais elevados;
- Gestão de fornecedores: a GQ de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares deve estimular que esta mantenha uma política de compra que privilegie a qualidade, ao invés de preço, dos recursos adquiridos, mantendo uma relação de proximidade e fidelidade com seus fornecedores;
- Gestão de Processos: ao considerar que Unidades de Serviços Médico-Hospitalares como um conjunto interdependente de processos, o SGQ deve monitorá-la por meio de protocolos de atendimento, prontuários médicos,

fichas de atendimento, procedimentos operacionais padrão, entre outros, a fim de manter a Melhoria Contínua da Qualidade dos serviços prestados.

Para Lagioia *et. al* (2008), com um SGQ de serviços médico-hospitalares bem planejado em termos de ações, recursos e procedimentos pode-se obter vantagem competitiva quanto à qualidade e custos. Além disso, François e Pomey (2005) afirmam que o SGQ induz uma série de mudanças no ambiente de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, em termos de:

- **Gestão:** a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares passa a ter uma gestão mais profissional, isto é, seus usuários passam a ser considerados como sendo “clientes” e que, portanto, desejam se beneficiar com a prestação de um atendimento rápido, eficaz e livre de erros. Por isso, o padrão de desempenho dos serviços prestados deve ser “zero defeito”, ou seja, devem ser executados sem erros. Isto só é possível por intermédio do trabalho coletivo, no qual profissionais trabalham em equipe, tendo a consciência de que se cada um realizar sua atividade sem erros, o resultado final será a prestação de um serviço com qualidade. As relações internas entre os profissionais de níveis hierárquicos diferentes também sofrem uma transformação, pois são abertos, via reuniões da Qualidade, espaços para diálogos e cooperação nos quais profissionais de níveis hierárquicos mais baixos podem participar de atividades/projetos de melhoria, dando sugestões. Dessa forma, é realizada uma gestão participativa, na qual é concedida maior autonomia de atuação a esses profissionais, valorizando-os e motivando-os para a Qualidade.
- **Estrutura:** o SGQ propicia o surgimento de estruturas específicas novas à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, como documentos da Qualidade (protocolos, fichas técnicas, procedimentos e fichas de informação sobre os usuários, prontuários de usuários) e novos cargos (diretor da Qualidade, responsável da Qualidade, equipes da Qualidade). Prontuários de usuários, por exemplo, constituem-se em uma importante ferramenta de avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes na Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, fornecendo informações para processos judiciais e convênios de saúde. Os registros dos prontuários são, também, utilizados para fins de faturamento/cobrança, ou para

obtenção de dados estatísticos sobre as atividades realizadas e para análise institucional.

- Práticas profissionais: A partir das estruturas específicas gerados pelo SGQ (documentos da Qualidade e novos cargos), produz-se uma padronização dos procedimentos que compõem os serviços médico-hospitalares prestados. Dessa forma, enfermeiros e, especialmente, médicos devem obedecer às regras prescritas pela Gestão da Qualidade referentes à higiene e segurança, transfusão, prescrição, protocolos de atendimento, etc.
- Valores culturais: o SGQ provoca mudanças em valores culturais da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, na medida em que introduz uma abordagem mais humanista aos serviços médico-hospitalares. Uma abordagem calcada no respeito dos profissionais para com os usuários, na preservação da individualidade e da dignidade dos mesmos, dado que os usuários passam ser o foco principal de todas as atividades da instituição, tendo importante influência sobre o modo pelo qual são prestados os serviços.

O SGQ implica mudanças no estilo de gestão e no comportamento das pessoas, de todos os níveis hierárquicos. Além disso, sua implantação deve estar acima de disputas políticas e de projetos pessoais para que seus métodos e conceitos passem a ser a forma natural de gerenciar o trabalho. O SGQ significa comprometimento com metas e resultados que garantam a sobrevivência e o crescimento da Organização (NOGUEIRA, 2008).

As mudanças demandadas por este sistema só serão possíveis por meio do apoio incondicional da Alta Administração, sendo que, segundo Nogueira (2008), este comprometimento efetivo se traduz por:

- Dar o exemplo: dominar a metodologia e utilizá-la nas suas próprias atividades, estimulando os subordinados a fazerem o mesmo. Cobrar a utilização do método nas atividades rotineiras.
- Fornecer condições financeiras, materiais e humanas, para o prosseguimento do processo de implantação do sistema, para educação e treinamento, e dar demonstrações de que as ações são prioritárias para a Alta Administração, independentemente das eventuais dificuldades.



- Acompanhar com proximidade todo o processo, definindo diretrizes, discutindo e aprovando propostas, acompanhando planos de ação para o atingimento das metas e desenvolvimento das ações em todos os níveis

A Gestão da Qualidade aplicada a serviços médico-hospitalares propicia uma visão planejada, focada no futuro e de caráter holístico em que a Organização é vista como um conjunto de processos dotado de indicadores de desempenho e da Qualidade que, alinhados a uma política da Qualidade, ao planejamento estratégico da instituição e a uma gestão participativa, transparente e focada em resultados, melhora a eficiência do gerenciamento interno e dos serviços prestados (KLUCK *et. al*, 2008).

Assim, o SGQ consegue aprimorar indicadores tradicionais (despesa com medicamentos, média de permanência em internação, taxa de cirurgias ambulatoriais, taxa de internações, percentual de ocupação, etc.), alinhando-os ao treinamento e ao programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos serviços (KLUCK *et. al*, 2008).

De acordo com Nogueira (2008), não existe uma forma única de se iniciar a implantação de um SGQ em instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares, pois a implantação deverá refletir as peculiaridades e características de cada uma delas. Esse autor destaca duas formas para se iniciar o processo de implantação de tais Sistemas em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares: por meio do Gerenciamento por Diretrizes, ou por meio do Gerenciamento da Rotina.

A primeira forma prevê o estabelecimento de uma ‘meta de sobrevivência’ para que, a partir dela, sejam gerados planos de ação específicos em cada setor, atingindo todos os níveis da Organização. O Gerenciamento por Diretrizes promove o alinhamento dos esforços de cada setor e o comprometimento de todos para com a meta proposta pela Alta Administração, possibilitando a articulação dos esforços de todos e a coordenação das ações, visando uma única direção (NOGUEIRA, 2008).

A outra forma de se iniciar a implantação de um SGQ em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares é por meio do Gerenciamento da Rotina do dia-a-dia, o qual está centrado na padronização dos processos de trabalho. Isto é conseguido por meio do estabelecimento de fluxogramas e de procedimentos de atividades consideradas prioritárias em cada setor e da determinação e monitoração de indicadores de desempenho dos processos principais. Trata-se de uma forma eficiente de conhecer o desempenho atual, assegurar a previsibilidade dos desvios constatados nos resultados, quando comparados com as metas propostas (NOGUEIRA, 2008).

A eficácia de um SGQ nos serviços médico-hospitalares está atrelada à harmônica compatibilização de diferentes fatores quando da implantação do mesmo. Esses fatores, que definem o sucesso ou insucesso do SGQ para esse tipo de serviço, são tratados subseqüentemente.

#### **4.1.1 Fatores Condicionantes para Implantação de SGQ em Serviços Médico-Hospitalares**

Atualmente, o aumento da pressão exercida sobre as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares para que estas melhorem seu nível de eficiência, principalmente, em termos de custo-efetividade de seus serviços, propiciou o aumento da complexidade dessas instituições, da competitividade no setor médico-hospitalar e das exigências de seus usuários em relação aos serviços prestados e à segurança. Isso levou a uma intensificação do processo de adoção de SGQ em Unidade de Serviços Médico-Hospitalares (LAGIOIA *et. al*, 2008).

Contudo, à medida que este processo se intensificou, intensificaram-se também os casos de insucesso de implantação de SGQ nesses tipos de instituições. Em geral, o insucesso na implementação de tais sistemas nesses casos não se deveu aos princípios da Gestão da Qualidade em si, mas sim às estratégias de implantação ineficientes e que, em geral, desprezaram fatores-chave que determinam o sucesso ou insucesso de um SGQ(WARDHANI *et. al*, 2009).

Wardhani *et. al*, (2009) definiriam esses fatores-chaves por meio de um levantamento e análise dos artigos encontrados na base de dados do *site Medline*. Foram encontrados quinhentos e trinta e três publicações abordando temas como: GQ em serviços médico-hospitalares, administração hospitalar e métodos e padrões para implantação da GQ em Unidades de serviços médico-hospitalares.

Como o foco de interesse da pesquisa era utilizar apenas artigos sobre os fatores condicionantes para implantação do SGQ em serviços médico-hospitalares, dos quinhentos e trinta e três artigos encontrados, quatrocentos e vinte e sete foram descartados por tratarem de outros temas como: ações de melhoria da GQ e projetos para redução do tempo de espera e de internação dos usuários. Dessa forma, sobraram cento e seis artigos.

Das cento e seis publicações restantes, setenta e duas foram descartadas pelo fato de apenas descreverem o processo de implantação do SGQ em Unidades de Serviços

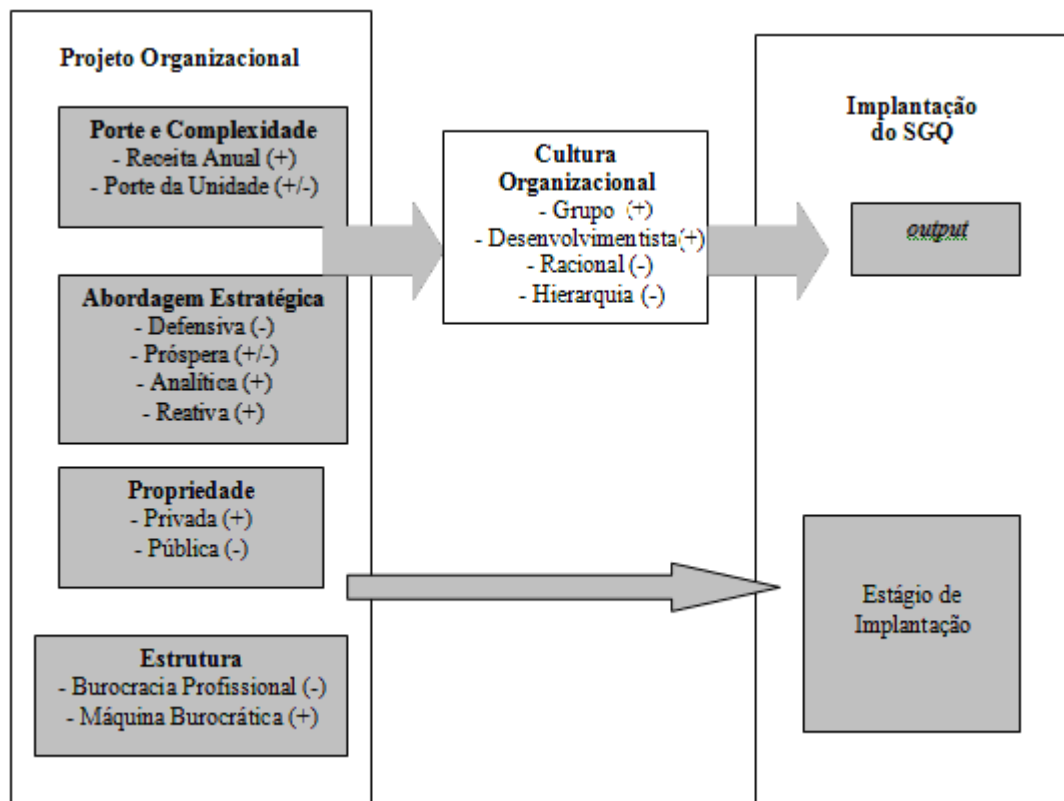
Médico-Hospitalares. Outras dezesseis publicações foram, ainda, excluídas por não se tratarem de pesquisas empíricas, por não retratarem casos práticos ou por não apresentarem revisão bibliográfica sobre os fatores condicionantes de implantação do SGQ nos serviços médico-hospitalares.

Por fim, dos dezoito artigos restantes, foram excluídos outros quatro por terem sido publicados antes do ano de 1993. Dessa forma, Wardhani *et. al.*, (2009) analisou os fatores-chave de implementação do SGQ contidos em quatorze artigos. Cada um apresentou distintos métodos de pesquisa, objetivos, formas de medição, tamanho de amostragem, além de diferentes tipologias de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares e diferentes números de entrevistados.

Com base em tal análise, Wardhani *et. al.*, (2009) definiu como fatores-chave para implantação de um SGQ de sucesso em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares:

- **Cultura Organizacional:** consiste em crenças, valores, normas e comportamentos compartilhados dentro da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares. A associação da cultura organizacional com equipes de trabalho, disposição da instituição em realizar mudanças e correr os riscos associados às mesmas, favorece a implantação com êxito do SGQ.
- **Projeto Organizacional:** envolve fatores como o porte da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, sua resolubilidade, posse (público ou privado), autonomia dada aos funcionários e o grau de envolvimento do consumidor (usuário) na missão e estratégias da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares. Tais fatores influenciam no processo de implantação do SGQ. Por exemplo, Unidades de Serviços Médico-Hospitalares privadas, de médio ou pequeno porte, na maioria dos casos não possuem um SGQ. Para aqueles que apresentam SGQ, o processo de implantação do mesmo é mais tradicional, isto é, obedece rigorosamente aos trâmites burocráticos de adoção. Já, em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de grande porte, ou do tipo Hospital-Escola o processo de implantação é mais ágil, inovador, isto é, obedece menos à burocracia.

A influência da cultura e do projeto organizacional é ilustrada na figura 4.1.



**FIGURA 4.1. Papel da cultura e do projeto organizacional na implantação do SGQ**

Fonte: Wardhani *et. al.*, (2009)

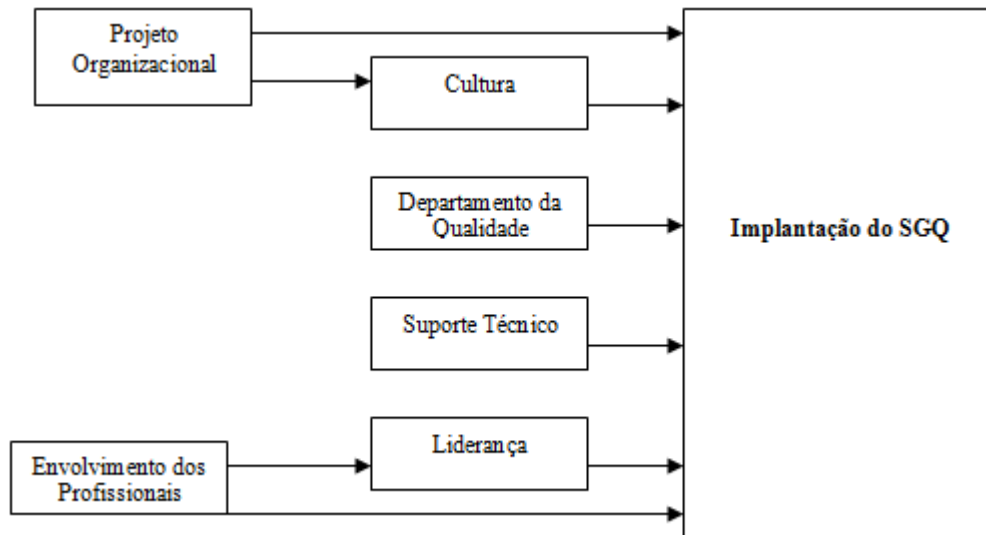
- Liderança para a Qualidade: consiste na realização de esforços por parte da liderança sênior da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares para integrar a Melhoria da Qualidade aos processos e à organização como um todo, de modo a incorporar as práticas de Melhoria da Qualidade às rotinas e procedimentos de trabalho da instituição. Essa liderança sênior pode ser desempenhada por vários profissionais como chefes de enfermagem, médicos-chefe, membros da Alta Administração da Unidade, ou por um profissional eleito via votação. É de fundamental importância que as ações relativas à Qualidade tenham o apoio da Alta Administração.
- Envolvimento dos Médicos: os médicos também devem se conscientizar de que a qualidade também os beneficia, dá mais efetividade a seu trabalho, melhora sua imagem e cria um ambiente mais adequado para o exercício de suas atividades. A Alta Administração deve impedir que as práticas de Melhoria da Qualidade sejam prejudicadas pelo não-comprometimento desses profissionais. Os médicos devem compreender que manter um bom relacionamento com usuários, com o pessoal técnico e administrativo é

fator de bem-estar e de realização profissional. Aqueles que não compreendem isso colocam em risco a própria Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, pois, atualmente, seus usuários estão cada vez mais exigentes e cientes de seus direitos. Por isso, para que os médicos se comprometam para com a Gestão da Qualidade devem ser sensibilizados a respeito deste sistema, de seus objetivos, resultados e estratégia. A sensibilização inicial dos médicos para a Gestão da Qualidade e para o relacionamento com os usuários deve ser aprofundada por meio de reuniões com a Alta Administração, nas quais deverão ser expostas, em detalhes, a nova filosofia, a metodologia de implantação, as vantagens previstas e o valor e a responsabilidade de cada funcionário dentro do processo. É importante que eles percebam que tal processo não se trata apenas de um programa, mas sim de uma transformação da cultura organizacional. Algumas formas de facilitar o envolvimento dos médicos para com a Gestão da Qualidade são: divulgar, entre os médicos artigos e exemplos práticos de aplicação da Gestão da Qualidade à área da saúde; destinar, durante as reuniões clínicas, um tempo de dez a quinze minutos para realização de palestras curtas sobre temas da qualidade em saúde proferidas pelo coordenador, membros da Alta Administração, ou convidados de fora da instituição; incluir médicos em grupos de projetos de melhorias que possam beneficiá-los de forma direta; atuar, precocemente, na melhoria de processos dos quais os médicos são clientes; e, por fim, divulgar resultados e atividades advindos da Gestão da Qualidade.

- Estrutura para a Qualidade: a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares deve apoiar a implantação do SGQ oferecendo uma estrutura composta por um departamento de Garantia da Qualidade assistido, integralmente, por uma equipe de Gestão da Qualidade e por um orçamento financeiro voltado às práticas de gestão da qualidade. A estrutura oferecida ainda deve conter grupos de melhoria da Qualidade constituídos por médicos e enfermeiros.
- Suportes Técnicos: é a capacidade que a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares tem de utilizar as ferramentas típicas da Gestão da Qualidade (Gráficos de Controle, Métodos de Resolução de Problemas, Diagrama de Pareto, Diagrama de Causa-e-Efeito, etc.). O suporte técnico envolve,

ainda, educação e treinamento de todos os profissionais para resolução de problemas, análise de dados, relatórios e ferramentas da Qualidade.

A figura 4.2 ilustra o modelo conceitual de fatores-chave que influenciam a implementação de um SGQ em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares.



**FIGURA 4.2. Modelo Conceitual dos fatores influenciadores da implantação de um SGQ de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares.** Fonte: Wardhani *et. al.*, (2009)

Nas últimas décadas, a GQ obteve notoriedade na medida em que emergiram, no setor de Saúde, movimentos ligados à sistematização de práticas de gestão das Organizações do setor, especialmente dos serviços médico-hospitalares. Esses movimentos ficaram conhecidos como Acreditação Hospitalar e auxiliaram as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares a implantarem uma GQ eficiente e cuja eficácia pode ser observada a partir de reflexos na melhoria do atendimento prestado aos usuários e das práticas de gestão internas às Unidades participantes do processo (COUTO; PEDROSA, 2007).

## 4.2 Acreditação Hospitalar

A Acreditação, diferentemente das normas da série ISO 9000 que são aplicáveis a instituições de diversos setores, trata-se de uma certificação própria e específica da área da saúde (NOGUEIRA, 2008).

Acreditar significa “endossar ou aprovar oficialmente, conceder reputação a, tornar digno de confiança”. O termo tem como noções centrais a confiança e a qualidade, além de se caracterizar como um processo que introduz nas instituições a cultura da Qualidade, analisando e atestando o nível em que a mesma se encontra em cada instituição. Assim, Acreditação é um processo de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que visa garantir a qualidade da assistência por meio do reconhecimento da existência de padrões previamente aceitos (HORTALE *et. al*, 2002).

Dentre as vantagens proporcionadas por essa certificação estão a melhoria do gerenciamento da Organização e da Qualidade da assistência prestada ao usuário, em termos de segurança e eficiência. Além disso, é tida, atualmente, como um diferencial de mercado na medida em que garante reproduz reconhecimento social à instituição certificada de que esta busca a melhoria contínua da Qualidade de seus serviços, criando e desenvolvendo positivamente a integração com a sociedade e estimulando a cidadania (FELDMAN *et. al*, 2005).

Dessa forma, o atendimento aos padrões de Qualidade pré-estabelecidos pelos sistemas Acredidores torna-se referência para a sociedade, pois exibem uma indicação objetiva de que a instituição, provavelmente, preste serviços sem a ocorrência de erros e sem resultados adversos que prejudiquem os usuários e causem insegurança na população em geral (FELDMAN *et. al*, 2005).

A Acreditação de Organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos, em 1951, com a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais (CCAH) e a conseqüente tentativa de introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a Qualidade em nível nacional. Posteriormente, a Acreditação foi se estendendo a outros países como Canadá, França e Brasil (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

O processo de acreditação nos Estados Unidos tem um caráter voluntário e é coordenado pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), a qual tem ação restrita ao território norte-americano e não utiliza o uso de sua metodologia fora desse contexto (ANTUNES; RIBEIRO, 2005). No Brasil e no Canadá o processo tem caráter voluntário sendo coordenado, respectivamente, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pelo *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA). Já na França, a certificação é compulsória, obrigatória por lei, sendo conduzida pelo governo via *Agence Nationale d’Accreditation et Évaluation en Santé* (ANAES) (TOUATI; POMEY, 2009).

Segundo Bonato (2007), a Acreditação objetiva apreciar a Qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, com base em duas variáveis importantes:

- Avaliação de padrões de referência desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados pela Organização coordenadora do processo de Acreditação.
- Os indicadores, isto é, os instrumentos que o avaliador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

De acordo com a mesma autora, a Acreditação de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares insere uma dimensão nova nessas Organizações, que resulta em auto-avaliação e revisão interna determinando um processo de intercomunicação entre os diversos setores da unidade que se empenham em melhorar o trabalho da equipe, no sentido de alcançar um importante objetivo: oferecer assistência médica integrada e de Qualidade. Bonato (2007) afirma, ainda, que a existência de um Programa de Acreditação em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares proporciona às mesmas quatro efeitos relevantes:

- Busca da Qualidade: permite à instituição uma demonstração de sua eficácia, da forma mais construtiva possível, incentivando-a a funcionar de acordo com os padrões estabelecidos pelo sistema Acreditador. Além de sinalizar verdadeiro da Organização para com a Qualidade em seus serviços.
- Construção de equipe: a preparação para a Acreditação é uma fase chave do desenvolvimento para todos os funcionários e profissionais envolvidos. A construção de uma equipe para melhoria dos serviços, como um pré-requisito, é um processo que estimula a motivação para se alcançar melhores resultados.
- Função educativa para a equipe de funcionários, profissionais e aplicadores: o processo é instrutivo para os participantes das instituições e para os aplicadores do instrumento de Acreditação. Oferece às instituições a oportunidade de revisar suas práticas correntes, analisar práticas correntes segundo uma nova perspectiva e a maneira pela qual as mesmas podem ser melhoradas. Uma compreensão de aspectos da gestão da assistência, em uma situação diária, frequentemente proporciona aos aplicadores idéias



novas e informação abundante que podem ser utilizadas em suas instituições.

- Instrumento útil de gerenciamento: a Acreditação pode servir como um instrumento de gerenciamento, o que contribui para aumentar sua popularidade. No Processo de A creditação, a auto-análise ou auto-avaliação proporciona uma base para o desenvolvimento organizacional.

A avaliação de determinado programa de saúde pode ser feita segundo diferentes perspectivas técnicas. Portanto, a avaliação não é neutra, pois o avaliador e o solicitante influem na mesma de acordo com seus interesses. O objetivo da avaliação, os critérios e os atores envolvidos no processo, e a divulgação de seus resultados é um processo com início e fim, com limites que atravessam diversos momentos (BONATO, 2007).

O movimento de Acreditação surgiu nos EUA a partir da criação da *Joint Commission Accreditation of Hospitals* (JCAH), precursora da atual *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), e se disseminou para diversos países do mundo, dentre eles, o Brasil. O histórico da Acreditação a nível mundial e as particularidades do processo de Acreditação Nacional e norte-americano, o mais prestigiado e procurado do setor, são abordados nas seções subseqüentes.

#### **4.2.1 Histórico da Acreditação no Mundo**

A Acreditação Hospitalar originou-se nos EUA e, aos poucos, foi se estendendo para outros países. O processo de Acreditação norte-americano surgiu a partir de iniciativas da corporação médica. Em 1910, Ernest Codman desenvolveu um sistema de padronização de práticas hospitalares baseado na avaliação do resultado final, por meio do qual se avaliava a efetividade do tratamento médico (ANTUNES, 2004).

Tal programa foi adotado e disseminado pelo país por meio do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) e baseava-se em cinco padrões oficiais de prestação dos serviços médico-hospitalares, a saber (QUINTO NETO, 2000):

- Médicos que trabalham em hospitais devem estar organizados em grupo (equipe médica);

- Médicos devem dispor de certificados e licenças reconhecidas e ética profissional;
- A equipe médica deve reunir-se pelo menos uma vez por mês e revisar todos os registros médicos para analisar os serviços médicos;
- Os médicos devem registrar, precisamente, os casos e tratamentos de cada usuário;
- Disponibilidade de instalações de diagnóstico e terapêutica, incluindo radiologia e serviço de laboratório.

Em 1950, o sucesso do programa, o número crescente de Unidades participantes e o aumento dos custos de manutenção, levaram à criação da *Joint Commission Accreditation of Hospitals* (JCAH) que seria responsável pela coordenação do processo de Acreditação no país. Em 1952, o programa foi aperfeiçoado por meio da inclusão de outros padrões (Educação, Avaliação e Consultoria) e lançou-se o Programa Oficial de Acreditação. No ano seguinte, foi lançado o Manual para Acreditação de Hospitais que, desde então, acredita Unidades de Serviços Médico-Hospitalares nos EUA (QUINTO NETO, 2000).

Em 1970, a *Joint Commission* buscou modificar o padrão de exigência em favor de padrões ótimos da qualidade da assistência focados em Estrutura, Processos e Resultados. Embora as Unidades não fossem obrigados a adotarem a Acreditação da *Joint Commission*, havia um amplo incentivo para que a adesão ocorresse o que resultou em mais de 80% de instituições Acreditadas (ANTUNES, 2004).

Em 1987, refletindo o escopo das atividades da Acreditação o nome da Organização coordenadora mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). A JCAHO teve sua atuação direcionada para ênfase na assistência clínica por meio do monitoramento de indicadores de desempenho, ao desempenho organizacional e finalmente assumiu o papel de educação com monitoramento. Por fim, em 1994, a JCAHO criou padrões internacionais para o crescimento fora dos EUA (FORTES, 2007).

O pioneirismo norte-americano foi seguido, posteriormente, por Canadá e Austrália. A Acreditação só chegou à Europa na década de 80, na Catalunha, em 1981, e, ao final da década, a metodologia chegou Inglaterra. No início da década de 90 chegou à França. Atualmente, há um crescimento da demanda mundial quanto aos conceitos de melhoria da qualidade, fazendo com que diversos países tenham desenvolvido e aplicado métodos de

Acreditação, atingindo um total de trinta e seis países, vinte e sete, deles, representados com seus respectivos anos (e instituições) de início de atividades (FORTES, 2007):

- 1959 – Canadá;
- 1974 – Austrália (ACHS);
- 1986 – Taiwan;
- 1987 – Austrália (QIC);
- 1989 – Nova Zelândia;
- 1990 – Inglaterra (HAP);
- 1991- Inglaterra (HQS), EUA (NCQA);
- 1994 – África do Sul;
- 1995 – Finlândia, Coreia, Indonésia;
- 1996 – Argentina e Espanha;
- 1997 – República Tcheca, Japão;
- 1998 – Brasil, Polônia, Austrália (AGPAL), Suíça;
- 1999 – França, Malásia, Holanda, Tailândia, Zâmbia;
- 2000 – Portugal, Inglaterra (CSBS) e Filipinas;
- 2001 – Irlanda, Itália e Alemanha.

Em 1991, ocorreu o lançamento do Manual de Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe publicado pela Federação Brasileira de Hospitais, Federação Latino-Americana de Hospitais e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Diversos países latino-americanos, dentre eles, o Brasil, criaram seus programas próprios de Acreditação baseados no modelo proposto pela OPAS (KLUCK; PROMPT, 2004).

As atividades do processo de Acreditação se assemelham em diversos países do mundo. A Acreditação Nacional, por exemplo, apresenta similaridades com a ocorrida em países europeus, como Espanha, Portugal e República Tcheca. O processo Nacional de Acreditação e a Acreditação norte-americana, mais prestigiada e procurada no mundo, são abordadas nas seções subsequentes.

#### **4.2.2 Joint Commission International (JCI)**

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* é uma Organização sem fins lucrativos, formada por profissionais de diversas áreas, como

médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos e administradores. Esta agência Acreditadora foi pioneira na concessão de certificações da Qualidade no setor da Saúde. Tem como objetivo desenvolver padrões de Qualidade em serviços de saúde e avaliar instituições quanto a sua adequação a estes padrões (JOINT COMMISSION, 2011).

Atualmente, a *Joint Commission* tem reconhecida a sua liderança na implantação de programas de melhoria de desempenho e de sistemas de avaliação na área da Saúde, são mais de dezoito mil prestadores de serviços em saúde nos Estados Unidos certificados pela JCAHO, voluntariamente, atendendo aos seus padrões de Qualidade. As atividades internacionais da *Joint Commission* são prestadas pela *Joint Commission International* (JCI) e QHR (*Quality Healthcare Resources*) (JOINT COMMISSION, 2011).

A missão da JCI é promover a Melhoria Contínua da Segurança e da Qualidade da prestação dos serviços de Saúde na Comunidade internacional, por meio da capacitação dos profissionais, auditorias, consultorias e Acreditação. A JCI está presente em mais de trinta e nove país. Atualmente, nos EUA, 85% das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares e mais de dezoito mil Organizações de Saúde são Acreditadas pela JCI. Além disso, mais trezentas Unidades, ao redor do mundo, possuem tal certificação. No Brasil, vinte e três Unidades de Serviços Médico-Hospitalares são Acreditadas pela JCI (JCI, 2011).

A JCI tem como visão fazer com que todos os cidadãos tenham contato com Organizações de Saúde com os mais altos padrões de segurança, qualidade e valores éticos quando da prestação de seus serviços (JOINT COMMISSION, 2011).

A JCI fornece certificados de Acreditação para diversos tipos de Organização de Saúde, como: Hospitais, Ambulatórios, Laboratórios, atenção primária à saúde e assistência domiciliar. O processo de Acreditação realizado pela JCI busca estimular as Organizações de Saúde a alcançarem e excederem padrões, por meio da Acreditação e da educação voltada para a melhoria da Qualidade (JCI, 2011).

São padrões ótimos, e não mínimos, para a verificação das Organizações de Saúde, por meio de indicadores quantitativos clínicos e banco de dados nacionais, que também estão sendo incorporados ao processo de Acreditação. Trata-se de um processo aberto, onde se fornecem perguntas e são analisadas respostas (JCI, 2011).

Os padrões da *Joint Commission* são voltados para os resultados e para a melhoria contínua dos processos de cuidado ao usuário da Unidade, contemplando os direitos e deveres de cada indivíduo, garantindo que os cuidados prestados sejam os mais adequados, onde se priorizam o conhecimento e participação do usuário nas decisões, de modo que todas as necessidades deste sejam plenamente atendidas (JCI, 2011).

Ainda de acordo com tais autores, esses mesmos padrões relacionam-se, também, com a infra-estrutura e o ambiente nos quais os cuidados são prestados, sendo que os profissionais responsáveis devem ser qualificados e os processos definidos (JCI, 2011).

Segundo Karaarslan (2009), as características da Acreditação da *Joint Commission* envolvem:

- Programas educacionais e publicações facilmente disponíveis;
- Processo participativo durante a visita;
- Organização durante todo o processo representada por um membro designado;
- Avaliadores respeitados por anos de experiência em suas áreas e pela formação teórica;
- Método de avaliação e processo decisório justos;
- Agenda programada com horários rígidos e cumprida para maximizar o uso do tempo dos representantes da Unidade de serviços médico-hospitares e da equipe;
- Relatórios públicos de desempenho das Unidades.

Segundo a JCI (2011), o certificado de Acreditação propicia como vantagens:

- Foco na Melhoria Contínua dos serviços de Saúde e segurança dos usuários, aumentando a confiança destes;
- Respeito aos direitos dos usuários e de seus familiares, envolvendo-os no processo de assistência;
- Estímulo aberto à cultura de aprendizagem por meio da elaboração anual de relatórios sobre eventos sentinela e foco no gerenciamento de risco;
- Os padrões da Acreditação JCI foram desenvolvidos por especialistas de diversas partes do mundo, sendo aplicável a qualquer país;
- A Acreditação possui padrões voltados para educação dos profissionais de Saúde, auxiliando a Organização a realizar práticas sustentáveis.

Os serviços Acreditados ajudam a informar e proteger o consumidor, oferecem melhoria na educação e no sistema de cuidados com a saúde. Nos EUA, 85% das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares são Acreditadas pela *Joint Commission*. No Brasil, apenas 23 Unidades possuem tal certificado o que representa 0,34% do número total de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares existentes no país (6750) (JCI, 2011).

O processo de avaliação para Acreditação da JCI obedece a um roteiro pré-definido de etapas e regras, as Diretrizes Internacionais de Acreditação, tema de seção subsequente.

#### **4.2.2.1 Diretrizes do Processo de Acreditação da JCI**

O processo inicia-se quando uma determinada Organização de Saúde manifesta interesse em participar do processo de Acreditação da JCI. Assim, a Organização de Saúde entra em contato com a JCI e envia-lhe a taxa de inscrição no processo. Em troca a Organização recebe o Manual Internacional de Padrões de Acreditação e um formulário a ser preenchido com informações da instituição requerente do processo (EPLING *et. al*, 2008).

O valor da taxa de inscrição a ser paga depende do porte da Organização de Saúde e do número de setores que a compõem. Em média, o valor é de vinte e três mil dólares. Concluída tais etapas, a JCI atua como uma empresa de consultoria para a Organização de Saúde e auditores agendando uma visita de preparação à instituição (JCI, 2011).

Na visita de preparação, são observados a conformidade da gestão da Organização aos padrões do Manual de Acreditação, além dos pontos fortes e fracos existentes e das oportunidades de melhoria. Os auditores atuam no sentido de orientar e capacitar os profissionais da instituição para as não conformidades sejam sanadas e para que a instituição consiga obter, futuramente, o certificado de Acreditação (JCI, 2011).

Durante a visita, uma equipe composta por três auditores realiza uma inspeção completa em cada setor da Organização, avaliando a conformidade de cada área aos padrões de Acreditação. As não conformidades são, então, apresentadas em um relatório de modo que a Organização de Saúde deve saná-las em um prazo de seis meses até a primeira visita de avaliação. Cada padrão é avaliado de acordo com uma escala de pontuação que varia de zero a dois pontos, sendo que (JOINT COMMISSION, 2011):

- Zero ponto: significa padrão não-conforme;
- Um ponto: significa padrão parcialmente conforme;
- Dois pontos: significa padrão plenamente conforme.

Caso ao final da visita de preparação, o resultado indique um percentual maior ou igual a 65% de padrões com pontuação dois, a Organização será considerada em

conformidade plena, sendo-lhe concedido o prazo de quatro meses para adequação dos padrões em conformidade parcial (JOINT COMMISSION, 2011).

Caso o percentual de padrões com pontuação dois seja inferior a 65%, a Organização será considerada em conformidade parcial, e, como penalidade, lhe será concedido um prazo de dois a três meses para adequação dos padrões parcialmente conformes (JOINT COMMISSION, 2011).

Caso seja observada a existência de, pelo menos, um padrão não-conforme, isto é, com pontuação zero, a Organização será considerada em não-conformidade e, como penalidade, terá um prazo inferior a dois meses para realizar as adequações necessárias (JOINT COMMISSION, 2011).

Encerrada a fase de preparação, e findado os prazos de adequação estabelecidos pela JCI, inicia-se a fase de primeira auditoria. Nessa fase, uma equipe de auditores da JCI avalia, novamente, a Organização de Saúde. São avaliados registros, procedimentos documentados e práticas de trabalho. Além disso, os auditores realizam entrevistas com diferentes profissionais da instituição a fim de obter evidências sobre o cumprimento dos padrões (JOINT COMMISSION, 2011).

A Organização de Saúde é novamente avaliada, quantitativamente, pontuando-se cada padrão avaliado na escala de zero a dois pontos. Caso a instituição apresente uma porcentagem maior ou igual a 65% dos padrões com pontuação dois, receberá a Acreditação Preliminar, tendo doze meses para adequar padrões em conformidade parcial (JOINT COMMISSION, 2011).

Caso a Organização apresente uma porcentagem de padrões inferior a 65%, receberá a Acreditação Preliminar, porém, como penalidade, terá de seis a onze meses para adequação dos padrões em conformidade parcial. Em contrapartida, se a Organização apresentar, pelo menos, um padrão não-conforme (pontuação zero), não receberá a Acreditação Preliminar e ainda, como penalidade, terá um prazo inferior a seis meses para realizar todas as adequações necessárias (JOINT COMMISSION, 2011).

O *status* de Acreditação Preliminar permanecerá até a ocorrência da fase seguinte, a segunda auditoria que é realizada analogamente à primeira. Porém, ao seu final, será definido se a Organização será ou, não, Acreditada pela JCI. A Organização tem até trinta dias, após a emissão do relatório final com o resultado do processo, para contestá-lo e requerer uma nova auditoria (JCI, 2011).

Para isso deve enviar à JCI uma solicitação formal, contendo os pontos de avaliação contestados e propondo uma nova data para realização de outra auditoria. A JCI,

juntamente com um Comitê Especialista, decide sobre a validade e a pertinência da solicitação, podendo indeferir ou acatar a solicitação (JCI, 2011).

A certificação tem validade de três anos. Durante esse período, a Organização Acreditada será submetida à auditorias de manutenção cuja periodicidade de realização pode ser de um, dois ou três anos. A validade do certificado não ocorre automaticamente e se a Organização estiver interessada em renová-lo, deverá submeter-se novamente a todo o processo de Acreditação (JCI, 2011).

Para renovar a validade do certificado, a Organização deve preencher o formulário de Requisição de Recertificação existente no site da JCI. Esta, por sua vez, devolve a requisição à instituição, propondo uma data para realização da auditoria de recertificação que pode ocorrer imediatamente após o término do prazo de validade da primeira certificação (JCI, 2011).

As diretrizes de Acreditação da JCI são norteadas pelas políticas de Confidencialidade do processo e de Divulgação dos resultados deste aos interessados (Governo, Sociedade, usuários, Organizações de Saúde em geral e Gestores). A confidencialidade do processo busca preservar a imagem das instituições participantes mantendo sob sigilo informações referentes a (JOINT COMMISSION, 2011):

- Detalhes do Relatório final que descreve todo o processo de Acreditação realizado em determinada Organização de Saúde. Este sigilo só pode ser quebrado pelo Governo;
- As evidências utilizadas durante o processo para comprovar a conformidade a determinado padrão;
- Planos de Ação elaborados e implantados para resolução de eventos sentinela;
- Agenda de datas nas quais transcorreram as fases do processo;
- Nomes dos profissionais da Organização de Saúde que criticaram práticas e padrões de trabalho realizados pela instituição.

A política de divulgação dos resultados do processo busca fornecer informações sobre a evolução e andamento do mesmo para Organizações Acreditadas, não Acreditadas, Estados e para o país em geral. A divulgação é realizado a partir de dois meio de comunicação: Relatório da Qualidade e pelo *site* da JCI.

No Relatório da Qualidade são divulgadas informações como (JOINT COMMISSION, 2011):



- *Status* do processo de Acreditação das Organizações de Saúde participantes do processo;
- Número atualizado de Organizações de Saúde Acreditadas;
- Organizações de Saúde que perderam a certificação;
- Organizações de Saúde que receberam a certificação;
- Novos padrões e serviços incluídos no processo;
- Normas que definem a negação ou expedição do certificado à Organização de Saúde;

Pelo site da JCI são disponibilizadas as informações (JOINT COMMISSION, 2011):

- Taxas pagas pela Organização de Saúde durante o processo;
- Os padrões avaliados durante o processo de avaliação para Acreditação;
- Confirmação da ocorrência de eventos-sentinela.

As diretrizes de Acreditação hospitalar da JCI estão presentes e disponíveis à consulta no Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar. Esse Manual funciona como um roteiro orientativo para a condução das etapas de Acreditação, instruindo as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares quanto aos padrões exigidos e as regras legais que regem todo esse processo (JCI, 2011).

#### **4.2.2.2 Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar**

O instrumento utilizado pela *Joint Commission*, para a Acreditação Hospitalar Internacional, é o Manual Internacional de Padrões de Acreditação. Neste Manual, existem cerca de quinhentos padrões que devem ser avaliados nas auditorias de certificação. Os padrões estão agrupados em onze sessões relacionadas à assistência prestada aos usuários e à gestão dos processos da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares (PRICE, 2009).

As sessões focalizam requisitos essenciais para a qualidade da assistência e para um ambiente seguro aos usuários, acompanhantes e profissionais da instituição. Das onze sessões previstas no Manual, seis, referem-se à assistência prestada ao usuário e outras cinco, à gestão dos processos da instituição (JCI, 2011).

Cada uma delas é apresentada a seguir (JCI, 2001):

- Sessões voltadas à assistência prestada aos usuários:
  1. Acesso e Continuidade da Assistência: descreve processos capazes de garantir o adequado e contínuo acesso dos usuários à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares; a adequada admissão do usuário segundo suas necessidades e a oferta de serviços da instituição ; a sistematização das rotinas e procedimentos voltados a assegurar o adequado gerenciamento dos processos de referência, contra-referência, transferências internas e externas e Alta hospitalar;
  2. Direitos do Paciente e Familiares: aborda os processos para: identificar, proteger e promover os direitos do usuário; informar os pacientes sobre seus direitos; incluir os familiares do usuário, quando oportuno, nas decisões sobre a assistência prestada ao usuário; educar os profissionais quanto aos direitos do usuário; e estabelecer o código de ética da Unidade;
  3. Avaliação do Usuário: aborda a sistematização dos processos de avaliação inicial do usuário e das políticas e procedimentos voltados para a adequada operacionalização e utilização dos serviços diagnósticos; análises clínicas, anatomia patológica, radiografia e outros serviços de diagnóstico por imagem;
  4. Cuidados ao Usuário: aborda as políticas e procedimentos voltados ao estabelecimento do processo de planejamento da assistência ao usuário. Abrange a sistematização dos processos de armazenamento, dispensação e utilização de medicamentos, do planejamento, monitoramento e registros das atividades de cirurgia e anestesia, das rotinas e procedimentos de assistência aos usuários de risco (emergência, unidades intensivas ou especializadas), do planejamento da assistência nutricional e de reabilitação e para usuários em estado de saúde terminal;
  5. Educação dos Pacientes e Familiares: abrange a definição e a aplicação de processos educacionais para usuários e familiares, segundo as necessidades identificadas e o perfil de atividades realizadas na Unidade;
  6. Educação dos Usuários e Familiares: aborda modelos e processos de estrutura de gestão e operação para realização de programas e atividades de melhoria (GQ e implantação de indicadores de processos nos setores da Unidade). Aborda, ainda, o estabelecimento de métodos para controle e investigação das ocorrências identificadas como eventos sentinela e reações

adversas, além da implantação de métodos e instrumentos para avaliação e monitoramento contínuo do desempenho das diferentes atividades realizadas nos serviços da Unidade;

- Sessões voltadas à gestão dos Processos da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares:
7. Prevenção e Controle de Infecções: aborda a implementação de políticas e procedimentos voltados à vigilância, prevenção e controle de infecção hospitalar, além da implementação de processos para a efetiva capacitação dos profissionais, usuários e acompanhantes, nessa área;
  8. Governança, Liderança e Gestão: abrange a implementação de políticas e procedimentos capazes de configurar os modelos e os métodos de gestão da instituição; o planejamento estratégico e o plano diretor; a discussão e a definição dos processos de planejamento, controle e gestão com lideranças; a implantação da estrutura hierárquica administrativa com o estabelecimento das responsabilidades e o gerenciamento efetivo dos serviços;
  9. Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança: Discute o planejamento e programas voltados para a estrutura predial e componentes físico-estruturais dos serviços; a implementação de processos voltados para o efetivo gerenciamento das estruturas prediais, sistemas de emergência, etc. Focaliza, ainda, a capacitação dos profissionais para atuar de forma segura no ambiente hospitalar e diante de situações de emergência;
  10. Educação e Qualificação dos Profissionais: abrange a implementação de processos para garantir o adequado cumprimento da regulamentação nessa área e a qualificação dos profissionais;
  11. Gerenciamento da Informação: aborda os processos capazes de configurar o modelo e o formato do sistema de informações da instituição; a sistematização de procedimentos para criação e manutenção dos requisitos de segurança, confiabilidade e integridade das informações; a implementação de políticas e procedimentos capazes de identificar e garantir a adequada manutenção do formato e do conteúdo dos prontuários; e a definição e sistematização dos métodos e processos de gestão da informação necessários para dar suporte às atividades clínicas e gerenciais da Unidade.

A conformidade com os padrões inerentes a cada uma dessas onze sessões é verificada nas auditorias de Acreditação, por meio de observação, entrevista com profissionais, gestores e usuários da Unidade, além de análises documentais. Para obter o certificado de Acreditação, a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares deve estar em conformidade com todos os padrões (EPLING *et. al*, 2008).

De acordo com a porcentagem de padrões em conformidade total, a Unidade Acreditada pode ser classificada em três categorias distintas (JCI, 2011):

- Acreditação: a Unidade apresenta conformidade total em relação a todos os padrões de Acreditação avaliados pelos auditores;
- Acreditação Provisória: a Unidade apresenta conformidade total em relação a mais de 65% dos padrões de Acreditação avaliados na segunda auditoria. Para que a Unidade passe a ser classificada como Acreditada, deverá adequar os padrões em conformidade parcial em um prazo de quatro meses até a realização de uma nova auditoria;
- Acreditação Condicional: a Unidade apresenta conformidade total inferior a 65% dos padrões de Acreditação avaliados em segunda auditoria. Para que a Unidade passe a ser classificada como Acreditada, deverá adequar os padrões em conformidade parcial em um prazo de dois a três meses até a realização de uma nova auditoria;

Serão consideradas não Acreditadas, as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares que apresentarem, durante a segunda auditoria, pelo menos uma não-conformidade. Dessa forma, pode-se observar que a Acreditação da JCI não ocorre por meio de níveis, estando condicionada a exigências de adequação a serem cumpridas dentro de um determinado prazo (JCI, 2011).

Anualmente, as Unidades Acreditadas pela JCI devem atingir metas estabelecidas por esta quando da obtenção do certificado. São metas anuais e o não atingimento pode levar à perda da Acreditação (PRICE, 2008).

As metas estabelecidas pela JCI referem-se a (JCI, 2011):

- Identificação correta dos usuários;
- Comunicação Efetiva (minimização de problemas de GQ relacionados à falhas de comunicação entre os setores, os profissionais, os usuários e acompanhantes);
- Administração Segura de Medicamentos de Alta-Vigilância;

- Cirurgias realizadas no local de intervenção correto;
- Procedimentos realizados sem falhas e no usuário correto;
- Redução da taxa de infecção hospitalar;
- Redução de lesões causadas nos usuários decorrentes da queda dos mesmos

O processo de Acreditação hospitalar, seus padrões e diretrizes, contidos no Manual Internacional, realizado pela *Joint Commission* tanto nacionalmente, nos EUA, quanto internacionalmente, em outros países, inspirou o surgimento de diversos outros movimentos de Acreditação pelo mundo, incluindo o Brasil, cada qual com suas peculiaridades e variações conforme a realidade do país. Esse é o tema tratado na sessão subsequente.

#### **4.2.3 Histórico da Acreditação no Brasil**

No Brasil, as primeiras iniciativas diretamente relacionadas à Acreditação Hospitalar ocorreram no início da década de 90. A primeira delas dentro da Associação Paulista de Medicina (APM) que iniciou a avaliação das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares por meio do número de estrelas em uma sistemática semelhante à aplicada no setor hoteleiro. A APM sugeria a avaliação da qualidade da assistência por meio do monitoramento do desempenho médico-hospitalar baseado em indicadores (SCHIESARI, 1999).

A dificuldade principal referia-se à preocupação com o monitoramento do período entre as visitas de inspeção para a Acreditação, dificuldade encontrada também pelo sistema norte-americano. A solução proposta foi estimular que as Unidades implementassem programas de GQ, ao invés da realização de visitas randômicas. Tal sistemática não se assemelhava ao modelo de Acreditação, apesar da existência de um roteiro de visitas inspirado em instrumentos de Acreditação (SCHIESARI, 1999).

O processo de Acreditação brasileiro tornou-se possível com a publicação do Manual da Acreditação de Hospitais para a América e Caribe em 1991. Em 1990, foi firmado um convênio entre a OPAS e a Federação Latino-Americano de Hospitais para a elaboração do Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina, que foi estruturado em padrões

e níveis de complexidade, de forma que a avaliação final estava atrelada ao nível atingido(ONA, 2011).

Em 1992, foi realizado o primeiro seminário nacional de Acreditação com a participação de profissionais de diversas Organizações de Saúde do país, sendo apresentado a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação e discutidas as mais distintas propostas a respeito do modelo de Acreditação mais apropriado para o Brasil (KLUCK; PROMPT, 2004).

Em 1997, o Ministério da Saúde lançou o programa “1997: O Ano da Saúde no Brasil – Ações e Metas Prioritárias”, visando utilizar indicadores de desempenho e de resultado das ações e dos programas de avaliação dos serviços de Saúde. A proposta do programa foi de enfatizar a qualidade dos serviços de Saúde, estabelecendo metas prévias a serem atingidas pelas Organizações que estimulassem a permanente melhoria na prestação dos serviços do setor (SCHIESARI, 1999).

Em dezembro do mesmo ano, foi realizado, pela *Joint Commission International* (JCI), um seminário para estabelecer um programa nacional de Acreditação de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, de forma a envolver todos os hospitais universitários do país. Tal iniciativa buscou inserir o Brasil no contexto global de avaliação externa dos serviços de Saúde (SCHIESARI, 1999).

Em abril de 1998, o Ministério da Saúde coordenou o programa brasileiro de aplicação e monitoramento do manual de Acreditação a ser adotada. Para tal, foi realizado um teste piloto com dezessete Unidades de Serviços Médico-Hospitalares distribuídas por todas as cinco regiões do Brasil. Em dezembro do mesmo ano, foi lançada uma nova versão do Manual de Acreditação e discutidas as normas técnicas de regulamentação dos atores que estariam envolvidos no processo de Acreditação Nacional (Agências Acreditoras, relação entre Agência Acreditora e o Ministério da Saúde, código de ética e perfil do auditor)(KLUCK; PROMPT, 2004).

Em 1999, foi criada, judicialmente, a ONA, Organização nacional responsável pela coordenação do processo de Acreditação, que passou a definir padrões e monitorar tal processo nacionalmente. A realização do processo de Acreditação ficou a cargo das Agências Acreditoras as quais são responsáveis pela capacitação dos avaliadores (auditores), pela elaboração de estratégias de avaliação e de melhorias e por preceder ao processo de Acreditação, realizando visitas de avaliação nas Organizações de Saúde interessadas em obter o certificado (ONA, 2010).

A Agências Acreditoras tem o poder de determinar se a Organização de Saúde está apta ao recebimento da Acreditação. Elas são subordinadas à ONA que além de

coordenar a Acreditação Nacional, tem a função de aprovar, reconhecer e fiscalizar a atuação de tais Agências (ONA, 2010).

Atualmente, até fevereiro de 2011, havia mais de duzentas e cinquenta Organizações de Saúde Acreditadas pela ONA no Brasil, dispersas por 67% dos Estados do país. O Estado com maior número de certificações é São Paulo (cento e trinta e sete) seguido por Minas Gerais (quarenta e sete), Paraná (treze) e Rio de Janeiro (onze).

Das duzentas e cinquenta Organizações de Saúde Acreditadas, cento e quarenta são Unidades de Serviços Médico-Hospitalares. Destas, quarenta e uma são do nível Acreditação, outras cinquenta são do nível Acreditação Plena e quarenta e nove são Acreditadas por Excelência. A perspectiva é que o número de Unidades Médico-Hospitalares Acreditadas pela ONA chegue, nos próximos anos, a mais de duzentos, pois cerca de setenta e três Unidades estão com o processo de certificação em andamento e, em 2010, ocorreram apenas dois cancelamentos de certificados (ONA, 2011).

A coordenação de todo esse processo é de responsabilidade da ONA, Organização Nacional de Acreditação, abordada na próxima sessão.

#### **4.2.4 Organização Nacional de Acreditação (ONA)**

A ONA é uma Organização privada sem fins lucrativos e de interesse coletivo que tem como principais objetivos a implantação e a implementação de um processo permanente de melhoria da qualidade de assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a cumprirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de Acreditação. Tem como função estabelecer e monitorar o processo de Acreditação que, por sua vez, é realizado pelas Agências Acreditadoras (ONA, 2010).

A missão da ONA é promover o desenvolvimento de um processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no Brasil. A Organização tem como valores: Credibilidade, Legitimidade, Qualidade, Ética e Resultado. Sua visão é tornar o Sistema Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação referências nacionais e internacionais, por meio de uma metodologia reconhecidamente sólida e confiável, comprometida com a viabilização de um processo de Melhoria Contínua, Qualidade e Produtividade no setor de Saúde (ONA, 2010).

Diferentemente do modelo norte-americano (JCAHO), que se baseia em um trinômio – avaliação, educação e consultoria – o modelo brasileiro (ONA) se baseia em um binômio – educação e avaliação. O Sistema Nacional de Acreditação se constitui no conjunto de estruturas, processos e entidades, que tem por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil. É um sistema independente, privado, constituído de forma representativa por todos os atores que compõem os diversos segmentos sociais relacionados com a saúde, com a sociedade civil e com o Ministério da Saúde (SCHIESARI, 1999).

Esse sistema é composto por uma Organização Nacional de Acreditação (entidade líder e controladora: ONA), tendo por objetivos principais a normatização, a coordenação e a implantação do processo de Acreditação nas Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde brasileiras, pelas Instituições Acreditoras com a função de executar as atividades do Processo de Acreditação, pelas Organizações de Saúde públicas e privadas (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

A ONA tem, ainda, como atribuições e competências (ONA, 2010):

1. regulamentar o Processo de Acreditação no país;
2. coordenar a implantação, implementação e desenvolvimento em nível nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, através de certificações periódicas;
3. promover o desenvolvimento e a disseminação de instrumentos para atender ao processo de auto avaliação e ao aprimoramento contínuo da assistência à saúde;
4. definir critérios e credenciar Instituições Acreditoras;
5. estabelecer os padrões básicos a serem utilizados nacionalmente pelas Instituições Acreditoras;
6. estabelecer as diretrizes gerais para o treinamento e capacitação dos avaliadores;
7. controlar e avaliar o Processo de Acreditação;
8. estimular a criação de Instituições Acreditoras;
9. estimular as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde a procurarem o grau de satisfação dos seus usuários como instrumento básico para a Gestão da Qualidade.

O processo nacional de Acreditação é operacionalizado pelas Agências Acreditoras que são Organizações de direito privado credenciadas pela ONA, com a responsabilidade de proceder a avaliação e certificação da qualidade dos serviços, dentro do Processo de Acreditação em nível nacional (ONA, 2010).



As atribuições e competências das Agências Acreditoras são (ONA, 2011):

- Avaliar a Qualidade dos serviços de Saúde;
- Certificar as Organizações de Saúde com a Acreditação;
- Capacitar os avaliadores (auditores) para o processo de avaliação;

Para que essas atribuições sejam possíveis é necessário que as Agências Acreditoras realizem as seguintes tarefas (ONA, 2011):

- Seguir os procedimentos e padrões apresentados pela ONA e expressos no Manual Brasileiro de Acreditação;
- Realizar a avaliação com fins de certificação das Organizações de Saúde de acordo com as diretrizes e requisitos mantidos pelo Manual de Acreditação;
- Observar o código de ética que rege o processo de Acreditação.

As Agências Acreditoras podem, facultativamente, ministrar palestras ou conferências de sensibilização, além de realizar diagnósticos das Organizações de Saúde. São exemplos de Agências Acreditoras credenciadas pela ONA (ONA, 2011):

- BSI (British Standards Institution);
- DNV (Det Norske Veritas);
- GLCSA (Germanischer Lloyd Certification South America);
- FCAV (Fundação Carlos Alberto Vansolini);
- IAHCs (Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde);
- IGQ (Instituto Qualisa de Gestão);
- IPASS (Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde).

Para fins de Acreditação, as Organizações de Saúde são definidas como Organizações jurídicas e legalmente constituídas nas quais se prestam serviços de assistência médica, de tipo hospitalar, hemoterápico, laboratório e patologia clínica, ambulatorial e pronto atendimento, diagnóstico e terapia, atenção primária à saúde e assistência domiciliar, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins lucrativos, sob a responsabilidade de uma diretoria. Como o processo de Acreditação nacional é de caráter voluntário, cabe à Organização de Saúde a prerrogativa de analisar os benefícios gerados pela obtenção da Acreditação e decidir quanto a adesão da mesma (ONA, 2010).

Segundo a ONA (2011), o certificado de Acreditação propicia como vantagens:

- Segurança aos usuários e profissionais das Organizações de Saúde;

- Qualidade na prestação da assistência;
- Melhoria Contínua do desempenho dos serviços de Saúde;
- Gerenciamento eficiente da Organização de Saúde;
- Práticas e sistemáticas compatíveis com à realidade das Organizações de Saúde brasileiras;
- Estímulo à Melhoria Contínua.

A Acreditação Nacional busca, ainda, envolver, em seu processo, os seguintes atores (ONA, 2011):

- Administradores e Gestores;
- Profissionais da Saúde;
- Organizações de Saúde;
- Fornecedores das Organizações da Saúde;
- Governo;
- Cidadão.

O processo de avaliação para Acreditação da ONA obedece a um roteiro pré-definido de etapas que compõem as Diretrizes Nacionais da Acreditação Brasileira, tema de seção subsequente.

#### **4.2.4.1 Diretrizes do Processo de Acreditação Nacional**

O processo inicia-se quando uma determinada Organização de Saúde manifesta interesse em ser avaliada por uma Agência Acreditadora. Após o contato com a Agência, a Organização preenche um formulário preliminar e repassa à Agência seu alvará de funcionamento, a licença sanitária, e o registro do responsável técnico no CRM (Conselho Regional de Medicina). Após a análise da documentação, o contrato de Avaliação é encaminhado à Organização de Saúde. Uma cópia do mesmo é encaminhada à ONA (ONA, 2011).

A seguir a Agência prepara o processo de realização da visita, indicando a equipe de avaliadores à direção da Organização, para aprovação. O avaliador-líder e sua equipe entram em contato com a Alta Administração da Organização de Saúde para montagem do plano de visita (ONA, 2010).

O processo avaliatório da Acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos, isto é, compara-se o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado como referência. Assim, verifica-se se o serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis. Os itens de verificação apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as provas, ou o que a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares puder apresentar para indicar que cumpre com determinado padrão e em que nível. Essas fontes podem ser documentos da Organização, entrevistas com as chefias de serviço, usuários e familiares, prontuários médicos, registros dos usuários, etc (ONA, 2010).

A fase de avaliação e visita é composta por duas etapas: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na fase da pré-visita, a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares prepara-se para o processo com a divulgação interna e distribuição do Manual de Acreditação, que contém os critérios básicos para a acreditação oficial e os itens de verificação avaliados pelos auditores, aos funcionários (ONA, 2010).

A visita somente ocorrerá após a solicitação formal voluntária da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares à Instituição Acreditadora. A duração da visita formal dos avaliadores é variável em função do porte da unidade. Todos os setores desta são avaliados pelos auditores durante a visita, levando-se em consideração uma programação definida juntamente com os responsáveis da Unidade (ONA, 2010).

Antunes e Ribeiro (2005) afirmam que durante a avaliação, podem surgir quatro tipos de registros:

I. Não conformidade maior:

- ausência ou incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo;
- um grande número de não conformidades “menores”, constatadas ao longo da avaliação da organização em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema;
- uma situação que possa, com base nas evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

II. Não conformidade menor:

- falta de cumprimento a requisitos do Sistema da Qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do Sistema da Qualidade;

- uma não adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma de referência, que é evidenciada pela equipe auditora.

### III. Observação:

- uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta que não possui uma relevância e impacto sobre a atividade auditada;
- desconforto da equipe de avaliadores;
- falha potencial.

### IV. Pontos Fortes:

- qualquer fato positivo evidenciado durante a avaliação.

Terminada a avaliação, a equipe de auditores emitirá o Relatório de Avaliação com os resultados das pesquisas, que será apresentado à Organização de Saúde. Esta terá um prazo de até noventa dias para ajustar não-conformidades e solicitar, se for o caso, uma nova visita à Instituição Acreditadora. Ao final dessa nova visita, a equipe de auditores elaborará um novo Relatório de Avaliação (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

O processo de avaliação é considerado encerrado após a aprovação do Relatório de Avaliação pela Agência Acreditadora, emissão de seu parecer final sobre o resultado final da avaliação, entrega do mesmo à Organização de Saúde avaliada e dos documentos correspondentes à ONA (ONA, 2010).

O certificado é emitido e tem validade de dois anos, se a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares for classificada como “Acreditada” e “Acreditada Plena”. Caso a Unidade seja classificada como “Acreditada com Excelência”, o certificado terá validade de três anos (FELDMAN *et. al*, 2005).

Durante o período de validade do certificado, a Organização de Saúde está sujeita a dois mecanismos distintos de controle para avaliação da manutenção do desempenho obtido no processo de avaliação: avaliação anual simplificada de manutenção da Acreditação e a detecção de eventos sentinela (FELDMAN *et. al*, 2005).

A avaliação anual simplificada de manutenção da Acreditação é iniciada pela análise dos documentos e da estrutura apresentada pela instituição Acreditada. A análise desses documentos e da estrutura em funcionamento pode, em caso de desacordo, gerar um relatório de não-conformidade documental, por meio do qual serão estabelecidas as exigências necessárias para a adequação dos documentos apresentados, estabelecendo-se um

prazo, em comum acordo, para reapresentação dos mesmos, refazendo-se tal ciclo de avaliação documental (ONA, 2011).

Caso as divergências ou prazos acordados não possam ser cumpridos, deverá prevalecer o relatório de não-conformidade documental, podendo, até mesmo, levar a instituição a um rebaixamento de nível de Acreditação, ou seja, poderá passar de Acreditado Pleno para Acreditado por Excelência, ou deste para Acreditado, ou de Acreditado pela não Acreditado (ONA, 2011).

Avaliada e aprovada a parte documental, passa-se à análise *in loco* das estruturas e processos da Organização. Para tanto, a equipe de avaliadores poderá utilizar os relatórios emitidos anteriormente, quando da Acreditação inicial, ou de manutenções da Acreditação anteriores (ONA, 2010).

Da mesma forma que o processo documental, a avaliação *in loco* poderá levar, caso hajam divergências, a um relatório de não-conformidade física, a partir do qual serão estabelecidas, em comum acordo com a Organização, prazos para adequação da estrutura vigente e dos processos. Após o término do prazo, ambos são reavaliados para determinar se atendem as exigências. Caso o prazo não seja cumprido, ou as exigências não sejam atendidas, significa que a Organização não conseguiu obter a manutenção de seu certificado (THIMMING, 2008).

Caso seja possível manter a Organização em um nível de Acreditação mais baixo, este nível será informado à mesma. O mesmo procedimento deverá ocorrer em caso de perda do certificado. Não havendo exigências, ou caso hajam, que tenham sido atendidas de forma adequada, o Acreditador emite um relatório de conformidade a partir do qual será elaborado o relatório de manutenção da Acreditação pela Organização de Saúde (THIMMING, 2008).

Dessa forma, será mantido o nível de Acreditação pela Organização, e a avaliação periódica possibilitará que a instituição melhore seu padrão de qualidade em termos de estrutura e prestação de serviços, pois será obrigada a revisar, periodicamente, sua estrutura e seus procedimentos (ONA, 2010).

Com relação ao segundo mecanismo de controle do processo de Acreditação, detecção de eventos-sentinela, a ocorrência de um evento sentinela interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhorias e, conseqüentemente, estruturas e processos assistenciais estejam causando ou aumentando o risco de danos aos clientes. A identificação de um evento-sentinela em uma Organização Acreditada supõe a necessidade imediata de investigação sobre as causas, o planejamento de

medidas corretivas e a verificação dos resultados, a fim de evitar ou reduzir o potencial de uma nova ocorrência futura (ANTUNES, 2009).

Um evento-sentinela é qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes internos e externos da Organização, como: elevação da taxa de mortalidade, elevação da taxa de infecção hospitalar, suicídio do usuário, troca de bebês após o nascimento, etc (ONA, 2010).

As informações relativas aos eventos-sentinela serão tratadas dentro de um contexto de confidencialidade. A Agência Acreditadora manterá um Banco de Dados de Eventos-Sentinela das Organizações de Saúde certificadas sob sua responsabilidade, bem como repassará essas informações para a ONA a fim de permitir a obtenção de conhecimentos acerca de incidentes, das causas, das alternativas e das estratégias para reduzi-los ou evitá-los(ANTUNES, 2009).

A ONA recomenda à Alta Administração da Organização de Saúde que, ao tomar conhecimento de um evento-sentinela, adote as seguintes providências (ANTUNES, 2009):

- Designe, imediatamente, um ou mais colaboradores para que efetuem uma análise das causas e apresentem um plano de ação para corrigir as anomalias detectadas;
- Comunique a detecção do evento-sentinela à Agência Acreditadora, em um prazo de cinco dias úteis da ocorrência ou do conhecimento do fenômeno, por meio do Relatório de Comunicação de Evento-Sentinela;
- Encaminhe à Agência Acreditadora o Relatório de Análise das Causas de Evento-Sentinela.

Caso a Agência Acreditadora ou a ONA sejam informadas sobre o evento-sentinela por meio de outras fontes (clientes externos, clientes internos ou imprensa) imediatamente fará contato com a Alta Administração da Organização Acreditada a fim de encorajá-la a apresentar os referidos documentos. Se a extensão da anomalia informada for interpretada como grave em termos de riscos aos usuários, a Agência Acreditadora acionará sua instância deliberativa correspondente, para que esta delibere sobre o assunto e defina as providências que devem ser tomadas, estando preparada para enviar à Organização Acreditada, um ou mais avaliadores, com o propósito de analisar a situação e sugerir medidas corretivas (ANTUNES, 2009).

Se a Alta Administração da Organização Acreditada no prazo de até trinta dias da ocorrência ou conhecimento do evento-sentinela, não apresentar os documentos

necessários à Agência Acreditora, será colocada em estado de “Organização Acreditada sob Observação”, cabendo à Agência, consultada a sua instância deliberativa correspondente, proceder a Comunicação Pública dessa condição, após a anuência da ONA (THIMMING, 2008).

Inexistindo evidências de medidas da Alta Administração em promover as correções necessárias, em um prazo máximo de noventa dias, a Organização Acreditada receberá a comunicação correspondente à perda de sua condição de Organização Acreditada, seguindo-se de comunicação pública (mídia), após a anuência da ONA (THIMMING, 2008).

O processo de recertificação será desencadeado por iniciativa da Organização Acreditada, por ocasião do término da validade do certificado anteriormente obtido. O processo de recertificação poderá ser acionado antecipadamente ao término da validade do certificado, em qualquer tempo, como forma de acesso antecipado a um nível de Acreditação superior ao vigente, desde que efetuado com a mesma Agência Acreditora (THIMMING, 2008).

Todo o processo de Avaliação para concessão do certificado de Acreditação realizado pelas Agências Acreditoras obedece aos padrões e requisitos expressos no Manual Brasileiro de Acreditação, o qual funciona como um roteiro orientativo para a condução das etapas da avaliação, instruindo tanto a Agência quanto as Organizações de Saúde (ONA, 2010).

#### **4.2.4.2 Manual Brasileiro de Acreditação**

O Sistema Brasileiro de Acreditação considera que as Organizações de Saúde são sistemas complexos em que as estruturas e processos são de tal forma interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, no processo de avaliação e na lógica do processo de Acreditação Nacional, não se avalia um setor ou um departamento isoladamente (ONA, 2010).

Para avaliar a qualidade assistencial das Organizações de Saúde, é utilizado como instrumento avaliatório o Manual Brasileiro de Acreditação, o qual é composto por oito seções, cada uma com seus fundamentos e subseções correspondentes. As seções agrupam os serviços, processos ou atividades (subseções) com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si. Já as subseções, cinquenta e nove, ao todo, tratam do

escopo específico de cada serviço, processo ou atividade e possuem o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação (ONA, 2010).

As seções interagem entre si, permitindo que a Organização de Saúde seja avaliada como um sistema. O processo de avaliação varia de acordo com o perfil e as características da Organização de Saúde avaliada, sendo analisado apenas as seções e subseções referentes aos processos e serviços existentes na mesma (ONA, 2010).

As seções e suas respectivas subseções que compõem o Manual Brasileiro de Acreditação são (ONA, 2010):

- **Liderança e Administração:** Esta seção apresenta as subseções relacionadas ao sistema de governança da Organização de Saúde. Refere-se a subseções contendo padrões ligados à liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente. Esta seção possui, ao todo, cinco subseções: Direção e Liderança; Gestão de Pessoas; Gestão Administrativa e Financeira; Gestão de Material e Suprimentos; Gestão da Qualidade.
- **Serviços Profissionais e Organização de Assistência:** agrupa subseções que contem padrões relacionados à organização dos serviços profissionais que prestam assistência direta ao usuário, abrangendo todos os serviços de assistência ao usuário: apoio ao diagnóstico, apoio técnico, apoio administrativo e ensino e pesquisa, configurando assim, o modelo e a filosofia assistencial e institucional da Organização de Saúde. Dispõe, ao todo, de três subseções: Corpo Clínico; Enfermagem; Corpo Técnico Profissional.
- **Serviços de Atenção ao Usuário:** dispõe de subseções que contem padrões relacionados com os serviços assistenciais, ou seja, aqueles em que existe o contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe médica e multiprofissional envolvida, conjunto de insumos tecnológicos específicos e um(ns) espaço(s) institucional(is) específico(s) a seus respectivos processos. Esta seção é formada por vinte e uma subseções: Atendimento ao Usuário; Internação; Transferência, Referência e Contra-Referência; Atendimento Ambulatorial; Atendimento em Emergência; Atendimento Cirúrgico; Anestesiologia; Obsterícia; Neonatologia; Tratamento Intensivo; Reabilitação e Atendimento Multiprofissional; Mobilização de Doadores; Triagem e Coleta; Transfusão



e Procedimentos Hemoterápicos; Terapia Dialítica; Medicina Nuclear; Radioterapia; Quimioterapia; Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica; Assistência Farmacêutica; Assistência Nutricional.

- Serviços de Apoio ao Diagnóstico: reúne subseções que contem padrões relacionados a todos os componentes, serviços e atividades voltados a processos de diagnóstico realizados na Organização de Saúde. Ao todo, dispõe de oito subseções: Processo Pré-Analíticos; Processos Analíticos; Processos Pós-Analíticos; Métodos Diagnósticos Neurológicos; Anatomia Patológica e Citologia; Diagnóstico por Imagem; Radiologia e Endoscopia.
- Serviços de Apoio Técnico: agrupa subseções com padrões relativos a todos componentes, atividades e serviços relacionados a processos de apoio técnico e ação técnica especializada da Organização de Saúde. Ao todo, são sete subseções: Sistema de Informação do Usuário; Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar; Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos; Segurança e Saúde Ocupacional; Processamento e Liberação; Processos de Apoio Laboratorial; Assessoria Técnica aos Usuários.
- Serviços de Abastecimento e Apoio Logístico: agrupa subseções contendo padrões referentes a todos os componentes, atividades e serviços relacionados aos processos de abastecimento e apoio logístico da Organização de Saúde. São, ao todo, oito subseções: Lavanderia; Processamento de Materiais e Esterilização; Qualidade da Água; Materiais e Suprimentos; Armazenamento e Transporte; Higiene; Gestão da Segurança; Gestão de Resíduos.
- Infra-Estrutura: agrupa subseções que prevêm padrões a todos os componentes relacionados à gestão e manutenção da infra-estrutura da Organização de Saúde. São, ao todo, três subseções: Gestão de Projetos Físicos; Gestão da Estrutura Físico-Funcional; Gestão da Manutenção Predial
- Ensino e Pesquisa: reúne subseções com padrões para todos os componentes que se relacionem às funções educativas e de investigação da organização, de tal forma que permita realizar um diagnóstico da estrutura disponibilizada para o treinamento funcional, para a educação permanente,

para o processo de formação de recursos humanos e para a geração de novos conhecimentos. É formada por três subseções: Educação Continuada; Ensino; Pesquisa.

A escala de classificação proposta pela ONA, por meio do Manual Brasileiro de Acreditação obedece ao princípio do “tudo ou nada”, isto é, o padrão deve ser integralmente cumprido. Os padrões buscam avaliar a estrutura, o processo e o resultado da Organização de Saúde. Cada padrão apresenta uma lista de itens de orientação (requisitos) que permitem auxiliar na identificação do que se procura avaliar e na preparação da Organização para o processo de Acreditação. De acordo com o grau de cumprimento dos padrões e requisitos (itens de orientação) do Manual, a Organização de Saúde pode ser classificada em três níveis distintos (ONA, 2010).

Cada nível classificatório apresenta um caráter crescente, ou seja, do inicial ao mais desenvolvido, sendo que o nível superior sempre incorpora requisitos dos níveis anteriores (ONA, 2010).

Os níveis de classificação previstos pelo processo de Acreditação da ONA e seus respectivos itens de orientação, são (ONA, 2010):

Acreditado (Estrutura):

É o nível de classificação mais básico e simples com que uma Organização de Saúde poderá ser Acreditada. Prevê requisitos relacionados à estrutura (física e profissional) da instituição. As exigências deste nível contemplam o atendimento a requisitos básicos da Qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da Organização de saúde avaliada, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional. Itens de orientação:

- Habilitação do corpo funcional;
- Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários;
- Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil;
- Organização dos processos e sistemas para assegurar o cumprimento das normas vigentes e dos requisitos de segurança para os clientes;
- Estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

#### Acreditado Pleno (Processos):

As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. Em geral, prevê requisitos relacionados à documentação e sistematização de processos e procedimentos da Organização de Saúde.

#### Itens de Orientação:

- Identificação, definição, padronização e documentação dos processos da Unidade;
- Identificação da interação sistêmica entre os processos;
- Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados;
- Definição de indicadores para os processos identificados;
- Medição e avaliação dos resultados dos processos;
- Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- Evidências de atuação focalizada no usuário.

#### Acreditado com Excelência (Resultados e Melhoria Contínua):

As exigências deste nível contemplam requisitos relativos à gestão por evidências via indicadores e a melhoria permanente dos resultados destes indicadores. Neste nível, a Organização deve apresentar evidências de políticas institucionais de Melhoria Contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, bem como evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Deve utilizar perspectivas de medição organizacional alinhadas às estratégicas e correlacionadas aos indicadores dos processos, além de comparações desses indicadores com referenciais externos e evidências de tendência favorável para os indicadores. A Organização deve, ainda, apresentar inovações e melhorias decorrentes do processo de análise crítica. Princípios orientadores:

- evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico;
- utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com

referenciais adequados e a obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados;

Os itens de orientação inerentes à Acreditação por Excelência são:

- Definir e implementar ações de inovação e de Melhoria Contínua de processos e procedimentos;
- Comparar indicadores de desempenho com referenciais internacionais;
- Estabelecer uma relação de causa-e-efeito entre os indicadores de modo a permitir a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- Realizar análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- Identificar oportunidades de melhoria de desempenho dos processos e práticas da Organização, comparando-as com outras ações de melhoria implantadas em oportunidades cuja solução mostrou-se bem sucedida;

De acordo com a ONA (2011), existem, atualmente, duzentos e cinquenta e uma Organizações de Saúde Acreditadas, das quais, cento e quarenta, são Unidades de Serviços Médico-Hospitalares Acreditadas, ou 2% do total de Unidades existentes no país (6750). Segundo o mesmo Órgão, dentre as cento e quarenta Unidades Acreditadas, quarenta e nove tem Acreditação por Excelência (35%), cinquenta tem Acreditação Plena (37%) e outras quarenta e uma Unidades (28%) são Acreditadas no nível Acreditação. Apenas duas Unidades tiveram a certificação cancelada em 2010.

Para que uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares participe do programa nacional de Acreditação, é necessária a realização de adequações sob a perspectiva de gestão. Para implementá-las, a Unidade deve incorrer em distintos custos inerentes à Acreditação. Esses custos são abordados na sessão subsequente.

#### **4.2.4.3 Custos e Benefícios da Acreditação Hospitalar (ONA)**

A obtenção do certificado de Acreditação obedece ao princípio conhecido como tudo ou nada, ou seja, para que uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares obtenha o certificado é necessário que todos os setores da mesma estejam em conformidade com os requisitos de Acreditação. Dessa forma, os custos de Acreditação da ONA variam de acordo

com os serviços oferecidos pela Unidade e com o número de leitos disponibilizados (ONA, 2010).

A tabela 4.1 apresenta o custo referente a cada uma das etapas do processos de Acreditação, desde a fase de Diagnóstico Organizacional (etapa opcional) até a fase de Avaliação Final e a de Manutenção do certificado. Todos esses custos variam proporcionalmente ao número de leitos e ao número de setores que compõem a Unidade(ONA, 2011).

<b>Taxas para Acreditação de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares (2011)</b>			
<b>Leitos</b>	<b>Taxa de Diagnóstico Organizacional (R\$ 15,70/leito)</b>	<b>Taxa de Avaliação para Acreditação (R\$ 21,60/leito)</b>	<b>Taxa de Manutenção/ano (R\$ 9,00/leito)</b>
Até 50 leitos	R\$ 1.080,00	R\$ 785,00	R\$ 450,00
De 51 a 100 leitos	R\$ 1.101,60 – 2.160,00	R\$ 800,70 – 1.570,00	R\$ 459,00 – 900,00
De 101 a 300 leitos	R\$ 2.181,60 – 6.480,00	R\$ 1.585,70 – 4.710,00	R\$ 909,00 – 2.700,00
Mais de 300 leitos	A partir de R\$ 6.501,60	A partir de R\$ 4.725,70	A partir de R\$ 2.709,00

**TABELA 4.1. Taxas para Acreditação Hospitalar da ONA.**

Fonte: ONA (2011)

A dedução dos custos inerentes ao processo de obtenção da Acreditação Hospitalar pode ser observada na tabela 4.1. O custo final de cada fase é resultado do produto entre o número de leitos da Unidade, a tarifa por leito e o número de setores a serem Acreditados e auditados pela Agência Acreditadora (ONA, 2010).

Por exemplo, uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares com oitenta e dois leitos e dez setores (Centro Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrica, Pronto-Atendimento, Atendimento de Emergência, Farmácia, Diagnóstico por Imagem, Radiologia, Lavanderia e Nutrição) interessada em obter a Acreditação Plena terá que desembolsar R\$ 45.346,00. Este montante seria composto pelas seguintes despesas:

- Custo da Etapa de Diagnóstico Organizacional:

R\$ 15,70 (tarifa por leito) x 82 leitos x 10 setores = R\$ 12.874,00

Esta etapa é opcional e cabe à Unidade decidir sobre a realização, ou não, da mesma;

- Custo da Etapa de Avaliação para Acreditação:

R\$ 21,60 (tarifa por leito) x 82 leitos x 10 setores = R\$ 17.712,00

- Custo da Etapa de Manutenção do certificado de Acreditação: como esta etapa deve ocorrer anualmente e o certificado de Acreditação Plena

pleiteado pela Unidade em questão é válido por dois anos, tem-se o seguinte cálculo:

$$\text{R\$ } 9,00 \text{ (tarifa por leito)} \times 82 \text{ leitos} \times 10 \text{ setores} \times 2 \text{ anos} = \text{R\$ } 7.380,00$$

Em relação aos custos inerentes ao processo de adequação da sistemática de gestão de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares aos requisitos de Acreditação da ONA, nível Acreditação Plena, é possível realizar as estimativas apresentadas pela tabela 4.2.

<b>Requisitos serem adequados</b>	<b>Estimativas de Custo</b>
Estruturação da Gestão de Risco	R\$ 7.800,00
Adequação Estrutural (instalações físicas, equipamentos, dimensionamento da equipe de profissionais)	Custo Variável (de 3% a 6% da receita mensal da Unidade)
Elaboração da documentação (registros, procedimentos operacionais documentados, etc.)	R\$ 8.000,00
Implantação de indicadores	R\$ 6.000,00
Realização de Capacitação	R\$ 8.700,00
Reuniões para ajustes de padrões e rotina de trabalho dos setores	R\$ 6.000,00
Auditorias Internas de Monitoramento	R\$ 12.250,00
<b>Estimativa de Custo Total*</b>	<b>R\$ 48.750,00</b>
<b>Tempo para Adequação</b>	3 anos

**TABELA 4.2. Estimativa de Custos para adequação da Gestão hospitalar à Acreditação da ONA**  
Fonte: RD CONSULTORIA (2011)

(\*) A estimativa final dos custos de adequação da gestão exclui custos relativos à mudanças/reformas estruturais

A partir dos custos apresentados pela tabela 4.2, é possível determinar uma estimativa de custos de, aproximadamente, quarenta e nove mil reais. Os requisitos incluídos em tal montante referem-se àqueles necessários para uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares obter a certificação, nível Acreditação Plena, da ONA. Dentre os custos é possível observar despesas referentes a reuniões para ajustes de padrões, práticas e setores de trabalho da Unidade, ao todo, somam cerca de cem horas e perfazem um custo de R\$ 6.000.

A estimativa de custos realizada desconsidera as despesas referentes à adequação da estrutura da Unidade, isto é, as necessidades de reforma das instalações físicas, compatibilização da equipe de profissionais e do número de equipamentos disponibilizados com a demanda atendida de usuários. Esse tipo de custo foi excluído por variar bastante de Unidade para Unidade, sendo necessária a realização de uma visita in loco à Organização para

um Diagnóstico Organizacional. Porém, os custos de adequação da estrutura podem variar entre 3% e 6% da receita mensal da Unidade.

De modo geral, a estimativa de custos realizada é enxuta e considera a participação e o envolvimento da Alta Administração como fundamental para o sucesso da adequação. Cada profissional participante do processo deve dedicar cerca de uma hora e meia diária à adequação. É recomendável que 10% dos profissionais, ou, pelo menos, um profissional de cada setor, participem do processo de adequação.

Em geral, os custos de adequação alteram-se de nível para nível de Acreditação, sendo os custos de capacitação e de investimento em tecnologia de informação aqueles que mais sofrem variação entre os nível de Acreditação da ONA.

As despesas inerentes à adequação da gestão hospitalar aos requisitos de Acreditação da ONA podem ser consideradas como investimento, pois, uma vez realizadas garantem retorno não só em termos de imagem da Unidade perante os usuários e a sociedade, mas também, asseguram retorno financeiro à instituição. Este retorno é apresentado na tabela 4.3.

<b>Nível de Acreditação</b>	<b>Requisitos contemplados por cada Nível</b>	<b>Redução das despesas diárias da Unidade</b>
Acreditação	Estrutura	7%
Acreditação Plena	Processos	9%
Acreditação por Excelência	Melhoria Contínua dos processos e Medição dos Resultados	15%

**TABELA 4.3. Estimativa da redução de despesas geradas pela Acreditação**  
 Fonte: LUIS BORGES ASSESSORIA EM GESTÃO (2011)

Os requisitos a serem atendidos para adequação da Unidade ao nível Acreditação requerem investimentos basicamente voltados à estrutura da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, em termos de profissionais, infra-estrutura, instalações físicas e equipamentos. Em contrapartida, uma vez contemplados tais requisitos, a Unidade será capaz de obter uma redução de custos em suas despesas diárias da ordem de 7%.

O nível Acreditação Plena requer investimentos voltados ao atendimento de requisitos fundamentalmente relacionados à documentação e sistematização de processos e procedimentos, associando ambos a indicadores para medição mensal de desempenho. Porém, uma vez implantados os requisitos de tal nível, estes geram um retorno financeiro na medida em que reduzem as despesas diárias da Unidade em torno de 9%.

O nível mais elevado na Acreditação da ONA, a Acreditação por Excelência, requer investimentos voltados ao atendimento de requisitos relacionados, basicamente, à prática da Melhoria Contínua da GQ na instituição e a consolidação da Gestão por Evidência via monitoramento e melhoria dos resultados mensais dos indicadores. Por ser o nível de Acreditação mais elevado, é o mais dispendioso em termos de custos de implantação. Porém, gera, como retorno financeiro, a redução de 15% das despesas diárias da Unidade.

Apesar dos custos inerentes ao processo de adequação da gestão e de avaliação para Acreditação da ONA, os benefícios proporcionados por esta certificação repercutem positivamente tanto na rotina e nos processos da Unidade Acreditada, quanto na sua imagem perante os usuários e os concorrentes. Por isso, o movimento de Acreditação Nacional cresce ano a ano em termos de adeptos e de reconhecimento por parte das Organizações de Saúde quanto a seus benefícios, revelando perspectivas promissoras de futuro. Tais perspectivas são abordadas na seção subsequente.

#### **4.2.5 Tendências da Acreditação Nacional para os Serviços Médico-Hospitalares**

A divulgação realizada pela ONA nos últimos anos aliada à disponibilização de acesso ao Manual de Acreditação às Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, via Ministério da Saúde, vem possibilitando uma rápida disseminação dos conceitos e princípios da Acreditação Nacional pelo país. O apelo educacional associado a este processo tende a gerar como conseqüências futuras o mau uso da sistemática e interpretações inadequadas pelas Unidades interessadas em participar do processo nacional de Acreditação (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Diante desse cenário, a solução atual encontrada pela ONA foi intensificar, via Agências Acreditadoras, a administração de cursos preparatórios de formação dos profissionais envolvidos nos serviços médicos-hospitalares em avaliadores internos (auditores internos) em uma estratégia que visa homogeneizar os conhecimentos acerca da sistemática de Acreditação da ONA. Contudo, tal estratégia que, inicialmente, revelou-se benéfica para a evolução da Acreditação, vem dando margem à realização de consultorias o que corrompe o propósito inicial dessa ação (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Esse tipo de situação pode suscitar dúvidas quanto à observância das normas reguladoras que proíbem a concomitância de consultoria por parte da Agência Acreditadora



durante o processo de avaliação. O caráter voluntário da Acreditação brasileira tem a atrair Organizações de Saúde com maior grau de comprometimento. No entanto, a não vinculação a programas de estímulo, seja por pagamento diferenciado, seja por outros tipos de vantagem, limita a participação de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares devotadas à GQ e aos princípios da Acreditação (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Em contrapartida, diferentemente do que ocorre em outros países, existe, o processo brasileiro vem sendo contestado por fontes pagadoras e pelo público. Ambos questionam o princípio da Confidencialidade, que busca garantir maior segurança às Organizações de Saúde participantes. Dessa forma tem-se o incipiente movimento no sentido de buscar o acesso aos resultados das avaliações. Em outros países, o sigilo das avaliações foi quebrado em nome do interesse público (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Apesar dos esforços realizados pelos atores envolvidos no processo brasileiro de Acreditação (ONA, Agências Acreditoras, Unidades de Serviços Médico-Hospitalares), o mesmo ainda encontra-se em um estágio incipiente. Por isso, cada um desses atores tendem a enfrentar dificuldades. As Agências Acreditoras que utilizam modelos externos de avaliação tendem, eventualmente, a misturar padrões e práticas em um primeiro momento. Já profissionais ligados à certificação ISO ou a prêmios de GQ, podem ter dificuldade na clara separação de suas funções (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Independentemente da dificuldade no seguimento dos padrões, estes começam a orientar as práticas realizadas em diversas Unidades do setor médico-hospitalar, sendo utilizados, cada vez mais, como instrumentos de avaliação e de gestão. Dessa forma, as perspectivas para a segunda década dos anos 2000 são de que a Acreditação altere os rumos das práticas associadas à assistência médico-hospitalar (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Sinais claros dessa tendência de assimilação de padrões e mudança de práticas são: estímulo à formação de comissões relacionadas à avaliação e/ou melhoria da prática assistencial, formação de avaliadores (auditores) internos ONA, conhecimento dos padrões, utilização do Manual de Acreditação para o planejamento estratégico institucional, etc(MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Apesar dos esforços dos atores do processo de Acreditação, atualmente, poucos são os incentivos governamentais e dos compradores privados para que uma Unidade adote tal certificação. Tal fato se deve a falta de casos que comprovem a melhoria dos resultados da assistência médico-hospitalar por meio das práticas propostas pela Acreditação (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Outros desafios a serem enfrentados demandam a necessidade de visão de longo prazo. Em geral, são desafios relacionados à busca pelo controle eficaz de custos e melhoria da eficiência dos processos e atividades das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares. Isto implica uma nova disposição gerencial que utilize informações e ferramentas que auxiliem na redução de custos, erros médicos e elevem o desempenho (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Por isso, a implantação da ferramenta Seis Sigma emerge como uma alternativa de destaque no enfrentamento de tal desafio. A disseminação e consolidação da aplicação dessa ferramenta no setor médico-hospitalar configuram-se como tendência, especialmente em Unidades do setor privado (BOARIN PINTO *et. al*, 2010).

O Seis Sigma é uma estratégia gerencial disciplinada e quantitativa baseada em técnicas estatísticas que busca aumentar drasticamente a lucratividade das Organizações, sejam elas do setor de serviços ou bens de consumo, por meio da melhoria da qualidade dos processos e da redução do nível de defeitos/erros em produtos ou serviços (BOARIN PINTO *et. al*, 2010).

Unidades de Serviços médico-hospitalares tem obtido importantes melhorias a partir do uso do Seis Sigma, como: aumento da lucratividade, redução dos desperdícios, redução de erros em faturas internas, melhor rendimento e eficiência dos setores da Unidade e redução do tempo de internação dos usuários (BOARIN PINTO *et. al*, 2010).

O cumprimento de requisitos legais e a garantia de acesso e de integralidade na assistência apresentam-se como desafios de longo prazo para as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares. Assim, a criação de sistemas regulatórios surge como importante tema a ser futuramente avaliado. No setor privado, a preocupação regulatória é anterior e sua regulamentação gerou melhorias na eficiência e no controle de acesso (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Quanto à garantia da integralidade da assistência médico-hospitalar, não existe integração entre os componentes do setor (Unidades Médico-Hospitalares, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento, etc.). Além disso, o Estado não tem atuado no sentido de promover a integração entre os envolvidos, nem para incentivar relacionamentos que produzam retorno financeiro às partes. Para isto, seria fundamental identificar todos os atores envolvidos, as insuficiências na remuneração de cada um e o aporte financeiro que necessitam (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

O modelo atual de desfragmentação e a falta de atuação do Estado favorecem a busca por novas formas de financiamento na medida em que todos os atores do setor estão

insatisfeitos. Desse modo, a realização de terceirizações, alianças e parcerias surgem como novas formas de relacionamento e deve ganhar destaque a médio e longo prazo, podendo reverter o cenário insatisfatório e gerar ganhos administrativos e financeiros aos envolvidos(VECINA NETO; MALIK, 2007).

Atualmente, ocorre um distanciamento entre o setor privado e o SUS, gerando como consequência o fechamento de leitos hospitalares. Tal fato representou não só um redimensionamento da demanda de usuários, mas também, a incapacidade de se construir uma visão realista e coerente de futuro durante toda a primeira década do século XXI (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Em contrapartida, para a segunda década do século, Unidades de Serviços Médico-Hospitalares privadas que dispõem de tecnologias sofisticadas e as operadoras da assistência médica supletiva ligadas à medicina de grupo deverão buscar a implementação de práticas como a atenção gerenciada e gestão de casos. Neste contexto, mecanismos de avaliação externa ISO 9001 e Acreditação (ONA e *Joint Commission*) são importantes aliados, pois auxiliam no monitoramento dos resultados, processos, da eficiência e no conhecimento dos custos (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Esses mecanismos de avaliação são abordados, comparativamente, na sessão subsequente a partir das características próprias de cada um.

#### **4.2.6 Análise Comparativa entre a Acreditação (ONA e JCI) e a ISO 9001**

Esta sessão destina-se a realizar uma análise comparativa entre as principais certificações aplicáveis ao setor de serviços médico-hospitalares. Para tal, são destacadas, especialmente, as certificações de Acreditação, ONA (Acreditação Nacional) e JCI (Acreditação Internacional), e a certificação ISO 9001 que, apesar de intimamente ligada ao setor industrial, também pode ser adotada pelas Unidades de Serviços Médico-Hospitalares.

O quadro 4.1 apresenta características típicas a cada uma das três certificações analisadas.

Certificações	Características
Acreditação da ONA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborada para a realidade brasileira</li> <li>• Aplicável a todas as regiões do Brasil <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ênfase em educação e avaliação</li> </ul> </li> <li>• Aplicável a todas as Organizações de Saúde</li> <li>• Envolve representantes da sociedade e do governo</li> <li>• Manual orientado por padrões e princípios</li> <li>• Busca garantir a qualidade dos serviços por meio do cumprimento de padrões <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual estruturado por setores</li> </ul> </li> <li>• Acreditação ocorre por meio de níveis classificatórios</li> <li>• Não Acredita departamentos isoladamente</li> </ul>
Acreditação da ONA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setores e processos interagem entre si, sendo interdependentes</li> <li>• Prevê o comprometimento da Alta Administração com foco no usuário <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoção voluntária</li> </ul> </li> </ul>
Acreditação da JCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicável a todas as Organizações de Saúde <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ênfase em educação, avaliação e consultoria</li> </ul> </li> <li>• Obedece a padrões internacionais aplicáveis a realidade de qualquer país</li> <li>• Manual orientado por padrões focados no desempenho dos processos e da assistência voltada aos usuários</li> <li>• Busca garantir a qualidade dos serviços por meio do cumprimento de padrões e metas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual estruturado por processos</li> </ul> </li> <li>• Avaliação, por atingimento de metas, do desempenho dos processos</li> <li>• Acreditação não ocorre por meio de níveis classificatórios (Organização de Saúde é Acreditada ou não)</li> <li>• Não Acredita departamentos isoladamente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevê o comprometimento da Alta Administração com foco no usuário <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoção voluntária</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

**QUADRO 4.1. Comparativo entre as certificações aplicáveis a serviços médico-hospitalares (Continua)**

Certificações	Características
Certificação ISO 9001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicável a Organizações tanto do setor industrial quanto do setor de serviços</li> <li>• Obedece a padrões internacionais, sendo aplicável à realidade de qualquer país <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma estruturada por processos</li> </ul> </li> <li>• Pode certificar departamentos isoladamente</li> <li>• Busca garantir a qualidade dos serviços, por meio de um SGQ com procedimentos e registros documentados e padronizados, voltados à Melhoria Contínua da qualidade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevê o comprometimento da Alta Administração com foco no usuário</li> <li>• Adoção voluntária</li> </ul> </li> </ul>

**QUADRO 4.1. Comparativo entre as certificações aplicáveis a serviços médico-hospitalares**

A partir das características apresentadas no quadro 4.1 é possível realizar as seguintes comparações:

Entre as três certificações (ONA, JCI e ISO 9001):

- Apresentam caráter voluntário, sendo que a obtenção de tais certificações depende do interesse e da iniciativa da própria Unidade de Serviço Médico-Hospitalar;
- As Acreditações restringem-se às Organizações do setor de prestação de serviços de Saúde. Porém, a ISO 9001 pode ser aplicada tanto à Organizações industriais quanto à Organizações prestadores de serviço, incluindo as do setor de Saúde;
- Buscam garantir a qualidade do serviço prestado. Porém, isso é obtido de diferentes formas nas três certificações analisadas. A Acreditação (ONA e JCI) obtém a qualidade dos serviços a partir do cumprimento de padrões/requisitos pré-estabelecidos. Já a norma ISO 9001, pela aplicação do SGQ que obtém a qualidade dos serviços pela Melhoria Contínua;
- Consideram que setores e processos de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares interagem entre si, sendo interdependentes;
- Destacam o comprometimento da Alta Administração com foco no usuário em prol da qualidade na prestação dos serviços médico-hospitalares;

Entre a norma ISO 9001 e a Acreditação da JCI:

- Foram elaboradas de acordo com padrões internacionais sendo aplicáveis à Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de qualquer país;
- A norma ISO e o Manual da JCI, são estruturados a partir dos processos da Organização;
- Apenas a norma ISO enfatiza o foco em questões de estrutura (Documentação, Gestão de Recursos, Aquisição, etc). A JCI considera questões básicas de estrutura como já estando bem equacionadas.

Entre a norma ISO 9001 e a Acreditação da ONA:

- Enfatizam foco em questões de estrutura da Organização;
- Prevêem a medição, análise e melhoria dos resultados a partir de indicadores de desempenho dos processos e de reuniões de análise crítica;
- Enquanto a norma ISO está estruturada sob a perspectiva dos processos da Organização, o Manual da ONA está estruturado sob a perspectiva dos setores da instituição.

Entre a Acreditação da ONA e a Acreditação da JCI:

- Apresentam caráter voluntário;
- Manuais são estruturados sob perspectivas distintas. O Manual da ONA foi elaborado a partir dos setores da Organização de Saúde. Já o Manual da JCI foi elaborado segundo os processos da Organização;
- A Acreditação da ONA é aplicável apenas às Organizações de Saúde do Brasil, enquanto a da JCI é aplicável à Organizações de Saúde de qualquer país;
- A obtenção do certificado está atrelada ao atendimento de requisitos pré-estabelecidos. Porém, apenas a JCI exige, ainda, que a Organização de Saúde cumpra um conjunto de metas referentes à segurança dos usuários (infecção hospitalar, incidência de quedas, cirurgias no local correto e no usuário correto, etc.), sendo que o não atingimento dessas metas pode implicar a perda do certificado;
- Valorizam, no escopo de suas sistemáticas de gestão, o gerenciamento de riscos (sanitários, assistenciais, civis, ambientais e ocupacionais), sendo

que apenas a JCI estabelece metas associadas a tais riscos que devem ser atingidas, anualmente, pelas Unidades de Serviços Médico-Hospitalares;

- A concessão da Acreditação da ONA ocorre segundo níveis classificatórios. Já na Acreditação da JCI, esse tipo de classificação não ocorre. Apenas é definido se a Unidade será ou não Acreditada;
- Valorizam, durante o processo de Acreditação, os princípios de educação (capacitação dos profissionais) e avaliação (auditorias de Acreditação para análise de documentos, registros, prontuários e atas, visando definir a concessão do certificado). Porém, apenas a JCI considera a consultoria como princípio, ou seja, busca orientar os gestores e demais profissionais da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares quanto às necessidades de adequação e como estas devem ser realizadas;
- Apenas a Acreditação da ONA busca enfatizar o foco em estrutura (instalações físicas, profissionais e equipamentos). A JCI considera as questões básicas de estrutura, como estando já bem equacionadas;
- Não certificam setores isolados de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, ou de uma Organização de Saúde. A certificação é obtida pela instituição como um todo.

Pesquisas têm sido realizadas com o intuito de avaliar e comparar as certificações aplicáveis ao setor de serviços médico-hospitalares e os benefícios associados à adoção das mesmas. Atualmente, a tendência consiste em implementar, simultaneamente, duas certificações: ONA e ISO 9001, ou JCI e ISO 9001. Com isso, é possível obter os benefícios gerados por ambas à Unidade, maximizando-os, elevando a satisfação dos usuários, reduzindo desperdícios (materiais, financeiros, etc.) e melhorando as práticas de trabalho dos profissionais (COUTO; PEDROSA, 2007).

## **5. MÉTODO**

### **5.1 Abordagem de pesquisa**

A abordagem de pesquisa escolhida para esta dissertação foi a pesquisa qualitativa. De acordo com Bryman (2006), uma pesquisa qualitativa tem foco maior na compreensão e interpretação dos fatos do que propriamente na sua mensuração, sendo, segundo Creswell (2003) empregada em casos onde a riqueza de detalhes é mais importante do que as informações quantitativas. Nessa abordagem, as variáveis que influenciam no desempenho do objeto de estudo não estão claramente definidas e, por isto, não há como mensurar.

Nesta dissertação, o pesquisador não teve por objetivo estabelecer relações causais entre as ações desencadeadas e resultados observados, nem tampouco dispôs de variáveis definidas para mensuração. Contudo, o pesquisador explorou as situações e problemas para os quais é difícil formular hipóteses prévias e relacionadas com um pequeno número de variáveis precisas, isoláveis e quantificáveis, conforme recomendado por Thiollent (2007).

Tal contexto corrobora a necessidade de adoção da abordagem qualitativa, pois a pesquisa é conduzida junto a uma realidade subjetiva e múltipla, o pesquisador interage com o objeto de estudo e o estudo é delimitado pelo contexto da pesquisa (CRESWELL, 2003). Dentre os métodos utilizados na abordagem qualitativa, Bryman (2006), Yin (2007), Coughlan e Coughlan (2002) e Thiollent (2007) destacam o estudo de caso e a pesquisa-ação.

### **5.2 Escolha do Método de Pesquisa**

O método de pesquisa adotado realizado por esta dissertação compreende a realização de estudo de casos e, posteriormente, de uma pesquisa-ação. De acordo com Yin (2007), um estudo de caso pode ser classificado em três tipos distintos:

- Estudo de Caso Explanatório: busca avaliar teorias e instituir relações causais, tal como explicar o por que tal relação existe;



- Estudo de Caso Exploratório: busca colocar o pesquisador em contato com uma realidade até então pouco conhecida por este, permitindo agregar conhecimentos e aprofundar-se sobre determinado assunto;
- Estudo de Caso Descritivo: busca descrever determinada realidade ou fenômeno por meio de observações pessoais do pesquisador, quando em contato com o objeto estudado.

Considerando as características inerentes a cada um dos tipos de Estudo de Caso, pode-se classificar a pesquisa exploratória deste projeto como exploratória. O pesquisador, a partir de visitas *in loco*, explorou seis realidades com as quais tinha pouca familiaridade, gerando uma maior aprendizagem sobre o tema estudado e possibilitando a elaboração de dois tipos de diagnóstico.

Um dos tipos de diagnóstico foi obtido a partir das visitas realizadas em três Unidades de Serviço Médico-Hospitalares sem Acreditação (Unidade A, Unidade B e Unidade C). Este diagnóstico refere-se à compatibilidade entre a sistemática de Gestão recomendada pela ONA e as práticas gerais de Gestão em tais Unidades. Assim, foram observadas as incompatibilidades e deficiências da sistemática de gestão de cada uma dessas instituições sob a perspectiva de gestão recomendada pela ONA.

Outro diagnóstico foi obtido a partir de visitas à três Unidade de Serviços Médico-Hospitalares já Acreditadas pela ONA (Unidade D, Unidade E e Unidade F). Este diagnóstico buscou identificar os fatores que dificultaram e facilitaram o processo de Acreditação vivenciado em cada uma dessas Unidades, visando fornecer subsídios às ações e implantações realizadas na segunda fase da dissertação, a pesquisa-ação.

Segundo Yin (2007), o estudo de caso é uma investigação que busca compreender um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas, tratando de situações onde comportamentos relevantes não podem ser manipulados. Para Voss *et. al.*, (2002), o estudo de caso pode ser realizado para enriquecer o conhecimento do pesquisador acerca de um dado fenômeno, auxiliando na compreensão de realidades pouco conhecidas.

Um estudo de caso pode ser único ou múltiplo. Enquanto o primeiro é mais adotado para casos críticos e raros, o último busca desenvolver idéias ou questionamentos, ou preservar características holísticas de acontecimentos reais a fim de mapeá-los (YIN, 2007). Portanto, o estudo de caso desta dissertação é exploratório e múltiplo, pois envolveu visitas à seis Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, o que, de acordo com Voss *et. al.*, (2002),

aumenta a validade interna das conclusões, gerando evidências mais convincentes e resultados mais robustos e confiáveis do que se o estudo de caso fosse realizado apenas em uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalar (estudo de caso único).

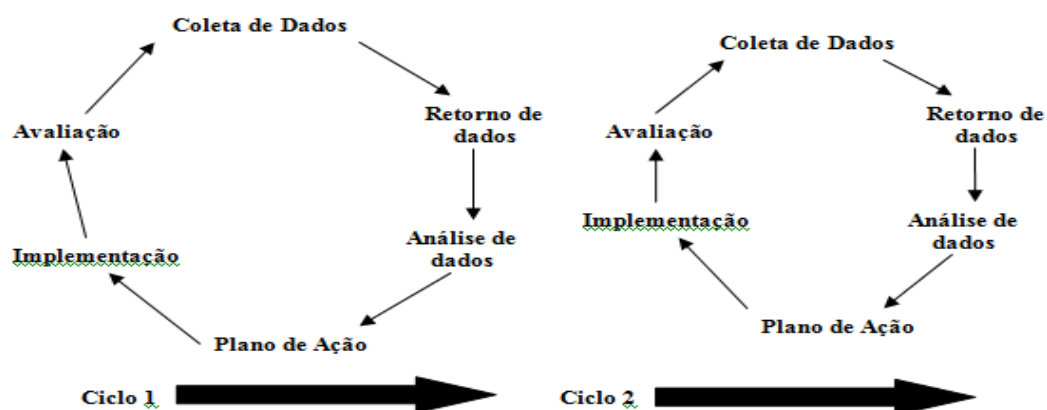
Os conhecimentos e a aprendizagem acumulados na pesquisa bibliográfica e na pesquisa exploratória subsidiaram a fase seguinte desta pesquisa: a pesquisa-ação. A pesquisa-ação é uma forma de ação coletiva e planejada, podendo ser de caráter técnico, orientado em função da resolução de problemas reais ou de objetos de transformação. É baseado na busca da compreensão e de ação entre pesquisadores e membros da situação ou organização investigada (THIOLLENT, 2007). Segundo Coughlan e Coghlan (2002), na pesquisa-ação, o pesquisador desempenha um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas, interferindo diretamente no ambiente pesquisado ao inserir-lhe mudanças.

O método de pesquisa-ação foi aplicado na Unidade A, visando adequar sua Gestão à sistemática da ONA, e seguiu as etapas do modelo de pesquisa-ação proposto por Coughlan e Coghlan (2002). Para estes autores, a pesquisa-ação é um método de pesquisa cíclico composto por oito etapas:

- Etapa Preliminar: consiste em compreender o contexto e os propósitos nos quais serão realizados a pesquisa-ação. Antes de se iniciar a pesquisa-ação, devem ser avaliadas a viabilidade da mesma, bem como os elementos sociais, políticos e econômicos que serão envolvidos. É importante avaliar o tipo de mudança gerada após a pesquisa-ação, e o período de tempo que será necessário para sua conclusão.
- Coleta de Dados: os dados de uma pesquisa-ação podem ser coletados de diversas fontes, como relatórios financeiros, de marketing, estatísticos, além de entrevistas e observações realizadas no ambiente de estudo. Assim, informações podem ser geradas não só durante as visitas do pesquisador ao campo de estudo, observando-se o trabalho das equipes, a sistemática utilizada para resolução de problemas, ou o processo de tomada de decisão, mas também em entrevistas formais (pré-agendadas) e informais (realizadas durante intervalos, ou horário de almoço) com os profissionais envolvidos. A compreensão acerca de como se dá o relacionamento entre os profissionais, entre equipes de trabalho, ou entre os departamentos auxilia a definir a forma com a qual será conduzida a pesquisa-ação.

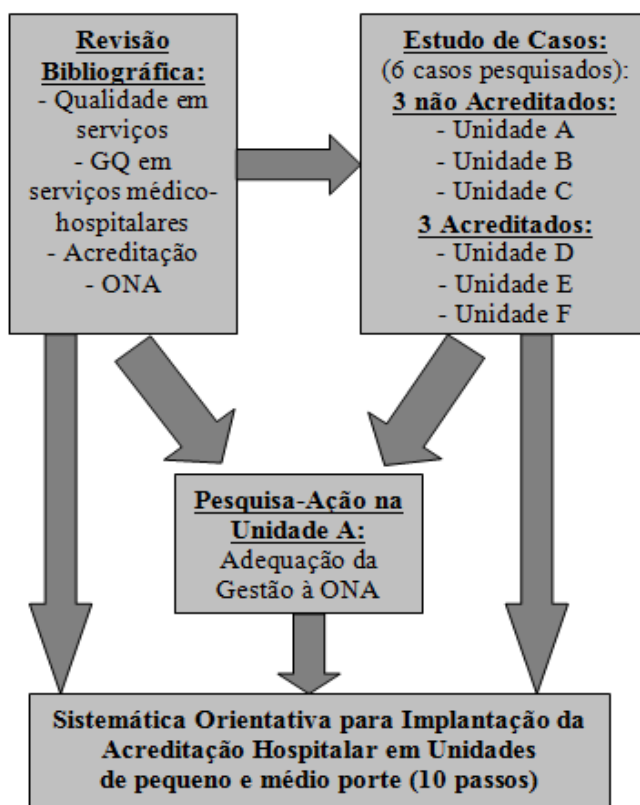
- **Análise dos Dados Coletados:** trata-se de um processo colaborativo entre o pesquisador e os membros da Organização estudada (Alta Administração, profissionais, gerentes, departamentos, etc.), visando troca de informações a respeito de práticas e rotinas de trabalho adotados, do perfil de liderança e de regras e normas existentes.
- **Disponibilização dos Dados Coletados:** o pesquisador, a partir dos dados coletados, elabora relatórios contendo suas próprias impressões e os repassa para a Alta Administração da Organização estudada. Pode ocorrer, ainda, o processo inverso, isto é, a própria Organização coleta dados, os reúne sob a forma de relatório e os repassa ao pesquisador, podendo realizar, eventualmente, com este reuniões para análise dos relatórios.
- **Plano de Ação:** trata-se de uma etapa colaborativa entre o pesquisador e a Organização, devendo ser definidos: o papel a ser desempenhado por cada profissional durante a realização da pesquisa-ação e o cronograma de duração de suas etapas. Outros pontos deverão ser definidos nesta etapa, como as áreas da Organização que estarão envolvidas, quais as mudanças necessárias, como será obtido o comprometimento dos profissionais, como serão administrados eventuais focos de resistência, etc;
- **Implementação:** consiste em executar o plano elaborado, monitorando sua aplicação e certificando-se de que os envolvidos estão cumprindo com suas responsabilidades;
- **Avaliação dos Resultados:** consiste em avaliar os resultados proporcionados pela implementação da ação, aprendendo com eventuais insucessos e erros cometidos a fim de se acumular mais experiência para que, futuramente, as mesmas falhas não sejam repetidas na iniciação de um novo ciclo;
- **Monitoramento:** trata-se de uma etapa contínua que ocorre paralelamente a cada uma das anteriores, pois envolve verificar o cumprimento das atividades e responsabilidades de cada fase do ciclo da pesquisa-ação a fim de se evitar que erros e falhas se proliferem e que a ação final revele-se ineficaz.

O comportamento cíclico da pesquisa-ação é ilustrado conforme Coughlan e Coughlan (2002) na figura 5.1.



**FIGURA 5.1. Ciclos da pesquisa-ação**  
 Fonte: COUGHLAN; COGHLAN (2002)

As fases referentes à realização do Estudo de Casos e da pesquisa-ação permitiram a realização da última fase desta dissertação: a proposição de uma sistemática orientativa de implantação da Acreditação Hospitalar, nível Acreditação Plena, em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte. Uma representação esquemática das fases da metodologia é apresentada na figura 5.2.



**FIGURA 5.2. Fases da Pesquisa**

### 5.3 Técnica de Pesquisa

Segundo Marconi e Lakatos (2007), toda pesquisa implica em levantamentos de dados de variadas fontes para trazer conhecimentos sobre o campo de interesse e para se evitar esforços desnecessários por meio de pesquisas documentais e bibliográficas.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram a pesquisa bibliográfica e documental, a pesquisa de campo e a observação sistemática e participante. Esses mesmos autores afirmam que tais modalidades de observação têm por objetivo ganhar a confiança do grupo, fazer os indivíduos compreenderem a importância da investigação, sem ocultar o seu objetivo ou sua missão.

No Estudo de Casos realizado nas Unidades não Acreditadas (Unidade A, Unidade B e Unidade C), foram conduzidas, por meio da aplicação de um roteiro semi-estruturados (Apêndice A), entrevistas junto a diferentes profissionais das Unidades visitadas. Com o intuito de facilitar a realização das entrevistas, o roteiro foi estruturado de modo a reunir os requisitos avaliados no processo de Acreditação em questões distribuídas em diferentes blocos, sendo cada bloco correspondente às três iniciativas básicas de GQ e de MC: Planejamento da Qualidade (Bloco II), Controle da Qualidade (Bloco III) e Melhoria da Qualidade (Bloco IV).

De forma complementar adicionou-se ao roteiro, outros dois blocos. O Bloco I conteve questões sobre informações básicas da Unidade pesquisada. Já bloco final, Bloco V, abordou questões referentes à percepção dos profissionais sobre a importância e o significado da Acreditação Nacional e a contribuição desta para a melhoria dos serviços médico-hospitalares prestados no Brasil.

O roteiro de entrevistas foi dividido em seis conjuntos distintos de questões, subdivididos em blocos de acordo com o enfoque dado, conforme a seguir:

- Bloco I: Caracterização da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares: envolve questões que visam elaborar um breve perfil da instituição pesquisada quanto a leitos disponíveis, serviços oferecidos e serviços internos terceirizados.
- Bloco II: Planejamento da Qualidade: busca envolver questões que tratam de um dos pilares da Gestão da Qualidade, o Planejamento. Por isso, contem questões relacionadas a metas de Qualidade estabelecidas pela instituição, planos elaborados para atingir tais metas, práticas da Qualidade realizadas pela Organização, registros da Qualidade que são mantidos internamente.

- Bloco III: Controle da Qualidade: visa elaborar um perfil sobre o modo pelo qual a Organização controla a execução das práticas da Qualidade realizadas, as metas fixadas, indicadores de desempenho, etc. Para isso, busca-se identificar as variáveis monitoradas pela instituição, como as mesmas são medidas, a frequência de tais medições, os padrões de referência utilizados para efeito de comparação, os principais indicadores de desempenho utilizados.
- Bloco IV: Melhoria: busca mapear formas pelas quais a Organização detecta problemas da Qualidade, modos utilizados para corrigir ou evitar a ocorrência desses problemas, além de identificar eventuais dificuldades encontradas por cada setor da instituição.
- Bloco V: Percepção sobre a Gestão da Qualidade: visa obter a visão existente em cada instituição a respeito de temas ligados à Gestão da Qualidade. Em especial, sobre a Acreditação Hospitalar e sobre a importância de se adotar um SGQ em ambientes de saúde.

Cada entrevista teve duração média de uma hora e trinta minutos e foram entrevistados, pelo menos três profissionais em cada Unidade de Serviço Médico-Hospitalar. O critério de escolha dos profissionais para entrevista pautou-se pela responsabilidade de coordenação das práticas de Gestão realizada em cada uma. Dessa forma, entrevistou-se o Diretor Técnico, no caso da Unidade A. Foram entrevistados, também, o Diretor Clínico e o Chefe Administrativo no caso da Unidade B e, por fim, no caso da Unidade C, o Gerente Hospitalar e o Gerente da Qualidade.

De modo complementar, entrevistou-se, ainda, outros profissionais, sendo dois enfermeiros e o Chefe de Enfermagem na Unidade A, o Chefe de Enfermagem na Unidade B e dois enfermeiros na Unidade C.

A coleta de dados por documentos também foi realizada, principalmente registros da Unidade, tais como Manual de Ética, Prontuário Médico de pacientes, Atas, indicadores quantitativos (taxa de moralidade, tempo de permanência em internação, taxa de infecção hospitalar, despesa com medicamentos, despesa com internações, taxa de ocupação, proporção enfermeiros/leito, etc.), protocolos, cronogramas e, por fim, observações, que serão uma importante fonte de dados de forma a nortear o desenvolvimento do trabalho. Estes dados serão necessários para avaliação qualitativa da melhoria das ações direcionadas.

No Estudo de Casos realizado nas Unidades Acreditadas, foram realizadas entrevistas com uma hora de duração, via roteiro estruturado (Apêndice B), com o responsável pelo gerenciamento do Sistema de Gestão da Unidade. As entrevistas buscaram

coletar informações referentes às particularidades do processo de adequação da sistemática de gestão de cada Unidade ao Sistema de Gestão da ONA em suas diferentes fases (pré-implantação, implantação e pós-implantação).

O intuito foi facilitar a posterior condução da pesquisa-ação, propiciando o enriquecimento da mesma sob a perspectiva de seu desenvolvimento, em razão do contato com experiências vivenciadas pelas Unidades já Acreditadas. Dessa forma, abordou-se:

- A necessidade ou não de contratação de consultoria externa durante o processo;
- Quais setores participaram do processo de adequação da sistemática;
- As principais dificuldades encontradas pelos profissionais para adequação à sistemática;
- Os principais facilitadores do processo de adequação;
- Os meios utilizados para sensibilização/motivação dos profissionais;
- Os principais focos de resistência encontrados e a forma pela qual estes foram superados;
- Periodicidade e carga horária das sessões de capacitação dos profissionais e os temas focalizados nas mesmas;
- Os indicadores de desempenho existentes;
- As sugestões de cada Unidade visitada para facilitar o processo de adequação;
- Os pontos mais críticos inerentes ao processo de adequação da sistemática.

Para realização da pesquisa-ação, foi necessária a imersão do pesquisador no ambiente de trabalho dos profissionais da Unidade A na periodicidade de três dias por semana. O intuito foi realizar um levantamento dos requisitos de Acreditação da ONA não contemplados pela sistemática de gestão dessa Unidade, visando adequá-la.

Dessa forma, foram consultados registros e documentos formais, tais como: registros de indicadores de desempenho, atas de reuniões, cronogramas, procedimentos documentos, mapas de fluxo dos atendimentos, escalas dos profissionais, notificações de eventos adversos, registros dos programas de capacitação ministrados, etc.). Assim, foram definidas as oportunidades de melhoria e as necessidades de adequação aos requisitos do Manual de Acreditação da ONA. Por meio da pesquisa-ação foram elaborados registros e documentações inexistentes.

## 5.4 Unidades de Estudo

Para a realização do estudo de caso múltiplo, foram pesquisadas seis Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, sendo três Unidades sem Acreditação localizadas no interior do Estado de São Paulo (Unidade A, Unidade B e Unidade C), de forma que apenas a Unidade B é privada; e outras três Unidades Acreditadas (Unidade D, Unidade E e Unidade F), sendo duas privadas e uma pública. A escolha de tais instituições e da quantidade de casos estudados justificaram-se pelo fato de proporcionarem um maior número de observações para subsidiar conclusões e generalizações referentes ao objetivo principal desta dissertação: propor uma sistemática geral orientativa para implantação da Acreditação Hospitalar, nível Acreditação Plena, em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte. Aliado a isso está o fato de que quatro dos seis casos foram realizados em Unidades públicas.

A Unidade A é de pequeno porte, possuindo 32 leitos. A Unidade B e a Unidade C são, respectivamente, de médio e grande porte, possuindo 95 e 337 leitos, respectivamente. Tais Unidades de Serviços Médico-Hospitalares foram analisadas quanto sistemática de gestão, indicando-se as incompatibilidades e deficiências observadas segundo os requisitos expressos no Manual de Acreditação da ONA.

Complementarmente, como forma de subsidiar a realização da pesquisa-ação foram realizadas visitas em três Unidades com Acreditação da ONA: Unidade D, Unidade E e Unidade F. Com isso, buscou-se obter informações sobre a condução do processo de adequação da gestão realizado em tais Unidades, como: sugestões, dificuldades encontradas, focos de resistência, principais indicadores, formas de sensibilização dos profissionais para o processo de adequação, etc. O roteiro estruturado utilizado nas entrevistas consta no Apêndice B desta dissertação.

A Unidade D e a Unidade E são de grande porte, possuindo 282 leitos e 803 leitos, respectivamente. Já a Unidade F é de médio porte e tem 80 leitos. O Quadro 5.1 apresenta um comparativo em as seis Unidades de Serviços Médico-Hospitalares pesquisadas.



<b>Unidades de Serviços Médico-Hospitalares</b>	<b>Número de Leitos</b>	<b>Porte</b>	<b>Tipo</b>	<b>Acreditação</b>	<b>Localização</b>
Unidade A	32	Pequeno	Pública	Não Acreditada	Interior de São Paulo
Unidade B	95	Médio	Pública	Não Acreditada	Interior de São Paulo
Unidade C	337	Grande	Pública	Não Acreditada	Interior de São Paulo
Unidade D	282	Grande	Pública	Acreditada Plena	Interior de São Paulo
Unidade E	803	Grande	Privada	Acreditada Por Excelência	São Paulo (Capital)
Unidade F	80	Grande	Privada	Acreditada Plena	Interior de São Paulo

**QUADRO 5.1. Comparativo entre as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares pesquisadas**

## **5.5 Técnica de Análise de Dados**

Segundo Voss *et. al*, (2002), a análise de dados em uma pesquisa baseada em estudos de caso pode se dar sob diferentes formas. Dentre elas estão:

- A exibição visual de dados obedecendo a uma sequência esquemática de eventos de modo a sistematizar todas as informações para que se facilite a elaboração de conclusões;
- Apresentação dos dados sob a forma matricial, contendo os processos, suas conseqüências e resultados;
- Diagrama causal que apresente as variáveis dependentes e independentes mais importantes, bem como as relações existentes entre elas;
- Elaboração de quadros que expressem as particularidades de cada um dos casos, comparando-os quanto às similaridades e diferenças. Pode-se, também, comparar cada caso com os princípios expressos na teoria.

Os dados e informações gerados durante os estudos de casos foram analisados à luz da bibliografia existente do tema, sendo que similaridades e discrepâncias entre os casos serão destacadas por meio de tabelas ou quadros. A análise de dados e práticas dos casos e a

revisão bibliográfica forneceram os subsídios necessários para o desenvolvimento da pesquisa-ação.

De acordo com Coughlan e Coghlan (2002), a análise de dados em pesquisa-ação é realizada tanto pelo pesquisador como pelos membros da empresa, uma vez que o trabalho é desenvolvido sob uma abordagem colaborativa. Especificamente, a análise de dados compreendeu duas etapas: verificação pontual dos resultados das ações desencadeadas e informação dos resultados da investigação, utilizando recursos audiovisuais para comunicação com os atores envolvidos, a fim de atingir a dimensão coletiva e interativa dos diferentes grupos envolvidos, e de se alcançar as interpretações coletivas dos resultados observados. Essas informações obtidas e transmitidas por meio de reuniões e palestras informativas.

## **6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EXPLORATÓRIA**

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos nas entrevistas realizadas nas seis Unidades de Serviços Médico-Hospitalares pesquisadas, sendo cinco situadas no interior de São Paulo e uma na capital do Estado. O capítulo está dividido em duas partes: Unidades de Serviços Médico-Hospitalares não Acreditadas; e Unidades de Serviços Médico-Hospitalares Acreditadas.

Na primeira parte, são relatados os resultados observados nas Unidades sem Acreditação, três, ao todo: Unidade A, Unidade B, Unidade C. Tais Unidades e as respectivas sistemáticas de gestão são analisadas mediante os itens de verificação e padrões de avaliação da Gestão expressos pelo Manual Brasileiro de Acreditação da ONA. Ambos estão expressos em sete seções que compõem esse Manual: Liderança e Administração, Serviços Profissionais e Organização da Assistência, Serviço de Atenção ao Usuário, Serviços de Apoio ao Diagnóstico, Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento, Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura, Ensino e Pesquisa.

Para efeito de descrição da sistemática de Gestão existente nessas Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, foram realizadas adaptações às seções e itens de verificação recomendados pela ONA. A descrição ocorre ao longo de cinco das sete seções originais do Manual, excetuando-se as de Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Ensino e Pesquisa, devido à impossibilidade de analisar, individualmente para cada serviço de apoio ao diagnóstico, os requisitos específicos de cada um destes serviços.

Os tópicos dessa primeira parte do capítulo estão estruturados de modo a obedecer a uma sequência definida. Inicialmente, faz-se a caracterização da instituição, na qual são apresentados dados gerais, como: número de leitos, serviços oferecidos, serviços relegados a terceiros, número de atendimentos realizados por dia e grau de complexidade de atendimento da Organização. A seguir, inicia-se a análise da sistemática de gestão existente na Unidade, tomando-se por base os requisitos da primeira seção avaliada pelo Manual da ONA: Liderança e Administração. Dessa forma, são abordados os planos e metas da Qualidade existentes, a forma pela qual ambos são estabelecidos e a participação da Alta Administração nas iniciativas de Gestão da Qualidade.

A análise segue mediante a abordagem da segunda seção do Manual da ONA: Serviços Profissionais e Organização da Assistência. Neste tópico, são enfatizados a composição do corpo clínico de profissionais, normas e rotinas de trabalhos obedecidas,

treinamentos ministrados para capacitação, a sistemática existente para aferição da satisfação dos clientes internos e, por fim, os problemas existentes quanto à Qualidade dos serviços e o tratamento conferido aos mesmos.

O tópico seguinte corresponde à terceira seção do Manual da ONA: Serviços de Atenção ao Usuário. Neste tópico, descrevem-se a estrutura de atendimento disponibilizada pela Unidade de Serviço Médico-Hospitalar. São analisadas, também, iniciativas tomadas em caráter de prevenção à ocorrência de problemas de Qualidade, a sistemática existente para aferição da satisfação dos usuários e o tratamento conferido pela instituição às reclamações dos mesmos.

No tópico de Apoio Técnico e Abastecimento, correspondente à quinta seção do Manual da ONA, são abordados o processo de aquisição, bem como a existência de Comissões de monitoramento, de indicadores associados à medição de desempenho das atividades de gestão e os referenciais de comparação utilizados.

O tópico Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura, correspondente à sexta seção do Manual da ONA, descreve a estrutura oferecida pela Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, em termos de profissionais e de infra-estrutura. Além disso, são destacadas a percepção dos entrevistados acerca dos equipamentos e das instalações físicas existentes, bem como as iniciativas de ampliação e reforma infra-estrutural em andamento.

A primeira parte do capítulo é encerrada com uma seção comparativa na qual, por meio de um quadro, é realizada uma comparação entre a sistemática de Gestão da Qualidade observada em cada Unidade pesquisada e os requisitos expressos pela ONA.

A segunda parte do capítulo contém os resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas nas Unidades de Serviços Médico-Hospitalares Acreditadas: Unidade D, Unidade E e Unidade F.

Os tópicos dessa segunda parte do capítulo também estão estruturados a partir de uma sequência definida. Inicialmente, faz-se a caracterização da instituição, na qual são apresentados dados gerais, como: número de leitos, serviços oferecidos e ano de obtenção do certificado de Acreditação. A seguir, inicia-se a descrição do processo de adequação ocorrido na Unidade à sistemática de gestão da ONA.

Essa descrição contempla o processo de adequação como um todo, desde o surgimento de seu projeto, o ano em que foi iniciado, os requisitos de Acreditação não contemplados inicialmente, passando pelas dificuldades enfrentadas, estratégias utilizadas para solucionar esses obstáculos e as perspectivas que a Unidade possui para o futuro de sua sistemática de gestão. São relatadas, ainda, as práticas adotadas pela Unidade para

monitoramento da gestão e finaliza-se com as recomendações gerais de cada instituição para facilitar o processo de adequação.

O capítulo é encerrado por meio de uma seção comparativa que busca comparar o processo de adequação ocorrido em cada uma das Unidades Acreditadas, destacando-se os pontos em comum.

## **6.1 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares não Acreditadas**

### **6.1.1 Unidade A**

#### **6.1.1.1 Caracterização Geral da Unidade**

Inaugurada em 2007, a Unidade A é pública, está localizada no interior de São Paulo e possui, atualmente, trinta e dois leitos, sendo de pequeno porte. Atualmente, disponibiliza aos usuários os seguintes serviços:

- Atendimento Ambulatorial;
- Pediatria;
- Pronto-Atendimento;
- Enfermarias masculina e feminina;
- Centro de Diagnóstico por imagens, com tomografia, mamografia e raio-x;
- 67 profissionais entre médicos plantonistas, clínicos-gerais, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e auxiliares administrativos.

Em 2012, deverão ser disponibilizados mais 188 leitos, além de áreas clínica, cirúrgica e obstétrica, laboratório de análise clínica, UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Adulto, Centro Cirúrgico, Obstétrico e serviços de apoio como manutenção, lavanderia e nutrição e dietética. Foram realizadas, ao todo, cinco visitas à Unidade A, e cada entrevista teve duração média de uma hora e trinta minutos. Foram entrevistados, o Diretor Técnico, a Chefe de Enfermagem, dois enfermeiros e uma fisioterapeuta.

### 6.1.1.2 Liderança e Administração

A Unidade A não dispõe de um Sistema de Gestão da Qualidade, nem de uma área funcional da Qualidade, formalizados e estruturados. Os Planos e metas da Qualidade são discutidos e estabelecidos em reuniões, por três comissões distintas: a Comissão co-gestora (composta por oito membros do setor Administrativo), a Comissão de Infecção Hospitalar (composta por um médico infectologista, pelo diretor técnico e por um médico clínico-geral) e a Comissão de Farmácia (formada por um farmacêutico, um médico clínico-geral, um médico infectologista, além do chefe administrativo e do diretor técnico). Os profissionais responsáveis por gerenciar a interação entre as Comissões e por operacionalizar os planos e metas estabelecidos, são o Diretor Técnico e o Chefe Administrativo da instituição.

Atualmente, a instituição tem as seguintes principais metas da Qualidade para os serviços prestados: eliminar erros na requisição médica de medicamentos ao setor de Farmácia; reduzir erros no preenchimento dos prontuários médicos e reduzir, em 40%, o número mensal de reclamações dos usuários, reduzindo-o de 20 para 12. Sob a perspectiva da Qualidade Total, a Unidade A tem também como metas: reduzir o tempo de espera dos usuários e diminuir gastos com exames.

Para que as metas da Qualidade sejam atingidas, foram estabelecidos os seguintes planos de ação:

- Implantação da escala de “Acolhimento e Classificação de Risco e Referência”: consiste em uma tabela na qual uma escala de quatro cores, já aprovada pelo Ministério da Saúde, indica o grau de emergência de atendimento de cada usuário que chega à Unidade. A implantação desta escala ocorreu em 03 de janeiro de 2011 e as quatro cores (vermelho, amarelo, verde e azul) que as compõem, sinalizam a seguinte classificação:

Cor Vermelha: indica emergência, isto é, o usuário deve ser atendido imediatamente na sala de emergência da Unidade A.

Cor Amarela: sinaliza urgência, ou seja, o usuário será atendido com prioridade sob os usuários classificados com cor verde, no leito de observação ou na sala de acolhimento. O tempo de espera desses pacientes deve ser de até 30 minutos.

Cor Verde: sinaliza inexistência de risco de morte imediata, logo os usuários classificados nesta faixa são preteridos em favor das cores amarela e vermelha. Usuários da cor verde devem ser atendidos em até 1 hora.

Cor Azul: típica para usuários com quadros crônicos caracterizados pela ausência de sofrimento agudo. Assim, devem ser encaminhados à Unidades Básicas de Saúde;

- Protocolo de Medicamentos: visa reduzir erros de requisição de medicamentos ao setor de Farmácia, por parte de médicos e enfermeiros. Para que isso não ocorra, esses profissionais devem preencher um documento formal padronizado que especifica o medicamento necessário, a quantidade necessária, a justificativa de sua requisição, a data limite para aquisição do medicamento e medicamentos alternativos ao requisitado pelo profissional;
- Reconfiguração dos Prontuários Médicos: visa estabelecer alterações nos prontuários que simplifiquem seus preenchimentos, sem que se perca a riqueza de detalhes proporcionada por esses registros, tais como os procedimentos executados em cada tratamento, os resultados esperados, além de detalhes sobre o quadro clínico e a patologia apresentados pelo usuário. A simplificação visa garantir que os prontuários sejam preenchidos de forma completa, legível, correta. Além disso, devem ser devidamente assinados pelo profissional;
- Protocolo de Exames Complementares: destinam-se ao controle de gastos relativos à realização de exames. Visa autorizar, apenas, a realização de exames que sejam estritamente necessários, evitando que recursos financeiros sejam desperdiçados com a realização de exames dispendiosos e que, na maioria das vezes, revelam-se desnecessários e favorecendo a realização de exames de custos mais acessíveis.

A Unidade A não elabora formalmente o planejamento da Qualidade, pois, além da inexistência de um Sistema de Gestão da Qualidade, na percepção do Diretor Técnico, o mesmo não é elaborado também devido às seguintes dificuldades:

- Fragilidade da Rede Básica municipal de Saúde: a remuneração paga pela rede pública municipal de Saúde aos médicos é baixa. Isso impede que o contingente médico que atua na rede se eleve em termos de quantidade e qualificação, fato que o torna insuficiente para atender toda a demanda de usuários da Unidade (atualmente, são atendidos 250 usuários por dia, sendo que o número ideal de atendimentos diários seria de 170);

- Dependência do repasses de verbas advindas de órgãos públicos como o Ministério da Saúde, a Prefeitura Municipal e a Secretaria Estadual de Saúde: desde a inauguração, o volume de verbas repassado à Unidade A é o mesmo, porém a demanda de usuários da instituição aumenta a cada ano e não pára de crescer. Tal fato torna difícil ajustar os recursos financeiros disponíveis à demanda por serviços médico-hospitalares da Unidade;
- Demanda de usuários superior à capacidade de atendimento da Unidade A e incompatível com o tipo de atendimento prestado pela instituição: a Unidade, por, atualmente, se tratar de uma instituição ampliada de pronto-atendimento em razão dos serviços oferecidos, destina-se ao atendimento de quadros clínicos de média complexidade, como pneumonias, infecções gastrointestinais e viroses. Porém, mais de 80% (ou 200 atendimentos diários de 250 realizados) dos usuários que procuram os serviços da instituição apresentam quadros clínicos de baixa complexidade (gripe, lombalgias, enxaquecas, etc.) que deveriam ser atendidos e tratados em postos de saúde da rede municipal básica. Porém, essa dificuldade tende a ser solucionada com o início, em janeiro de 2011, da aplicação da escala de Acolhimento e Classificação de Risco e Referência. Com isso, o foco de todo atendimento realizado na Unidade A estará voltado aos quadros clínicos de média complexidade, vocação da instituição, repassando os quadros de baixa complexidade à Rede Básica de Saúde.

A Alta Administração da Unidade A participa das iniciativas de Gestão da Qualidade não somente pelas reuniões de estabelecimento de planos e metas da Qualidade, mas também por realizar reuniões semanais para tratamento dos problemas da Qualidade ocorridos no período. Dessas reuniões participam profissionais de todas as áreas da Unidade (médico, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, etc.), o Diretor Técnico e o Chefe Administrativo, e são discutidas possíveis soluções e identificadas as causas do problema.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).



### 6.1.1.3 Serviços Profissionais e Organização da Assistência

A Unidade A dispõe, ao todo, de 67 profissionais entre médicos plantonistas, clínicos-gerais, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e auxiliares administrativos. Os profissionais revezam-se em turnos de oito horas de modo a garantir a continuidade do tratamento terapêutico prestado aos usuários.

Além disso, os mesmos dispõem de uma sistemática documentada de padrões de procedimentos e rotinas que devem ser cumpridos durante a execução das atividades. Pode-se citar como exemplos, a documentação da sequência dos processos de trabalho por meio de fluxogramas e procedimentos operacionais padrões, e a existência de registros documentados para padrões de trabalho, por meio de protocolos e prontuários médicos.

Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem são mantidos em quantidade adequada, pois é medida, mensalmente, a taxa de enfermeiros por leito hospitalar. Esta taxa expressa o número de usuários em leitos que ficam sob responsabilidade de um único enfermeiro e é analisada pela Comissão de Revisão de Prontuários Médicos. Atualmente, a taxa é de sete usuários por enfermeiro, sendo considerada satisfatória, na medida em que o recomendado pelo Ministério da Saúde é sete leitos por enfermeiro.

Em contrapartida, não são realizadas, periodicamente junto aos profissionais, pesquisas sobre ‘Clima Organizacional’ que poderiam checar a percepção de cada um sobre o ambiente interno de trabalho. Com relação a este foi destacada pelos entrevistados, a falta de interação existente entre os setores da Unidade, pois cada setor preocupa-se, exclusivamente, em executar suas tarefas sem atentar para a necessidade dos demais setores e sem enxergar-los como ‘clientes internos’ que devem ter suas necessidades atendidas.

Os profissionais da instituição são submetidos a programas de capacitação mensais ministrados por uma equipe de Educação Permanente. Esses treinamentos visam ensinar padrões e práticas a serem seguidos pelos profissionais em suas rotinas e procedimentos diários para que, dessa forma, reduza-se a ocorrência de problemas da Qualidade nos serviços médico-hospitalares prestados.

Os entrevistados destacaram como principais problemas, que afetam a Qualidade dos serviços prestados, enfrentados na Unidade A: dificuldade para disponibilização de medicamentos, tempo de espera elevado para casos de baixa

complexidade clínica, preenchimento incorreto de prontuários, indisponibilidade de leitos, erros da administração medicamentosa, erros no diagnóstico de patologias.

Quando há a ocorrência de problemas da Qualidade em algum setor da Unidade A, para que os mesmos não aconteçam novamente, são realizadas reuniões de discussão, das quais participam profissionais de todas as áreas da Unidade (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, etc.). Em tais reuniões, são discutidas possíveis soluções e identificadas as causas do problema.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade A (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.1.4 Serviço de Atenção ao Usuário**

Segundo os entrevistados, a estrutura de atendimento oferecida atualmente pela Unidade possibilita apenas a prestação de atendimento clínico não-especializado, como o prestado em quadros clínicos de baixa ou média complexidade (gripes, lombalgias, enxaquecas, pneumonias, infecções gastrointestinais, viroses, algumas cardiopatias etc.). Quadros clínicos que demandam atendimento especializado, como infartos, politraumatismos, cirurgias, ou internações em UTI, são encaminhados à Unidade de Serviço Médico-Hospitalares de Referência do município. O atendimento especializado pela Unidade A será viabilizado a partir de 2012 com a inauguração da UTI e do Centro Cirúrgico.

A Unidade A, visando prevenir a ocorrência de problemas da Qualidade, adota como práticas a elaboração do Relatório de Alta Hospitalar e a interligação da Rede de Informática. No primeiro caso, busca-se garantir o acompanhamento multiprofissional dos usuários que estiveram internados na Unidade, mas que já obtiveram alta hospitalar. Assim, o Relatório de Alta Hospitalar discrimina o quadro clínico do usuário e todo tratamento que lhe foi aplicado durante sua passagem pela instituição, pois, dessa forma, são evitados eventuais problemas posteriores que venham ocorrer durante a passagem do usuário por outras Unidades de Serviços Médico-Hospitalares da Rede Municipal de Saúde.

No caso da Rede de Informática interligada, a instituição mantém uma rede interligada de computadores entre o setor de espera por atendimento, a Diretoria Técnica e a Chefia Administrativa. Esta rede monitora continuamente, em tempo real, a demanda por atendimento e o tempo de espera dos usuários. Isso auxilia a Diretoria Técnica na tomada imediata de decisão quanto ao número de médicos disponíveis para atendimento. Em geral, quando o tempo de espera eleva-se mais do que o normal, aumenta-se o número de médicos disponíveis de cinco para oito.

A medição e monitoramento da satisfação dos usuários tem caráter diário e reativo, pois estão baseadas na análise crítica das insatisfações advindas diretamente dos próprios usuários e coletadas por meio do Sistema de Tratamento de Reclamações. Neste Sistema, usuários manifestam sua insatisfação com os serviços da Unidade por meio telefônico ou da ouvidoria existente no site da instituição. Essas reclamações são analisadas, diariamente, pelo Diretor Técnico, o qual juntamente com o Chefe Administrativo e com a Assistente Social da instituição, busca apurar e tratar as causas que motivaram as reclamações. Em média, ocorrem vinte reclamações por mês.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade A (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.1.5 Serviço de Apoio Técnico e Abastecimento**

A Unidade A mantém registros de atendimento de cada usuário, os quais por meio de fichas de atendimento, registram os horários de chegada e de saída dos usuários. O intuito é medir, mensalmente, o tempo de espera ao qual os usuários estão sujeitos, visando avaliar o desempenho dos atendimentos prestados. Este indicador é averiguado a cada mês pela Comissão de Revisão de Prontuários Médicos.

A Unidade mantém, ainda, outros indicadores os quais são medidos mensalmente e visam avaliar a Qualidade dos processos e serviços realizados. Tais indicadores são checados por diferentes Comissões que prestam apoio técnico à instituição. Dentre os principais estão:

- Índice de Mortalidade: indicador medido por meio dos prontuários médicos. Mensalmente, estes são analisados pela Comissão de Revisão de Óbitos, a qual analisa se o índice se encontra dentro dos limites recomendados pela OMS (Organização Mundial da Saúde);
- Índice de Infecção Hospitalar: indicador medido por meio de prontuários médicos. Mensalmente, estes são analisados pela Comissão de Infecção Hospitalar, a qual analisa se o índice se encontra dentro dos limites recomendados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, é de 9,1% ante os 15% recomendados pelo Ministério;
- Tempo de Espera dos usuários: analisado mensalmente pela Comissão de Revisão de Prontuários, é medido por intermédio das fichas de atendimento.

Todos os indicadores acompanhados são avaliados tomando-se por referência os valores padrões recomendados por diferentes órgãos, como Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Infectologia e a OMS. Mensalmente, os indicadores medidos pela Unidade são submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, sendo analisados quanto ao desempenho. Caso este não se apresente compatível àquele recomendado pelo MS ou pela OMS, são apresentadas, pelo Diretor Técnico, as causas das discrepâncias e as medidas que foram tomadas para solucionar essas diferenças.

O processo de aquisição de medicamentos, equipamentos e materiais (gazes, soro, termômetros, etc.) é controlado pelo Diretor Técnico e pela Comissão de Farmácia, que recebem as requisições e analisam os pedidos de compra. Para isso é mantida uma listagem de todos os fornecedores da Unidade A e de fornecedores em potencial. Eles são monitorados e escolhidos por meio do site do Governo Federal. Este site reúne diversos fornecedores de todo Brasil que são credenciados e pré-aprovados pela ANVISA e regularizados com a Receita Federal. Cada fornecedor anuncia no site seus preços, cabendo à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares apenas escolher qual é aquele de sua preferência. Em geral, opta-se pelos fornecedores que oferecerem preços mais vantajosos.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade A (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.1.6 Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura**

A estrutura de atendimento oferecida compreende 64 profissionais de Saúde e três médicos em cada plantão, não há consultórios médicos, nem centro cirúrgico. Em contrapartida, existem salas de acolhimento e avaliação de risco, nas quais são avaliados e tratados os quadros clínicos dos usuários. São disponibilizados, ao todo, 32 leitos de observação destinados ao SUS, além de equipamentos de diagnóstico por imagem, como mamógrafo, raio-x com capacidade de 400 exames por mês, ultra-som com capacidade de realizar 100 exames por mês, e de tomografia computadorizada, ainda há 1 mamógrafo e 2 eletrocardiógrafos. Entre fevereiro e novembro de 2009, foram realizados 5006 exames de raio-x convencional, 2117 exames de tomografia e 1241 exames de mamografia. Há, também, enfermarias femininas e masculinas. Semestralmente, auditores contratados pela Secretaria Municipal de Saúde analisam toda a parte elétrica e hidráulica da Unidade para avaliar seu estado.

Os profissionais entrevistados avaliam positivamente, como “excelente”, os equipamentos e instrumentos utilizados na instituição, baseando-se para tal no grau de modernidade e atualização dos equipamentos, dado que estes foram adquiridos recentemente, e em comparação com os disponibilizados em outras Unidades públicas de serviços médico-hospitalares.

A percepção dos entrevistados em relação às instalações físicas existentes mostrou-se positiva, como “boa”. Porém, os mesmos apresentaram ressalvas de que, na atualidade, ainda as instalações físicas são insuficientes para atender a demanda. Contudo, existe a expectativa de que essa dificuldade seja sanada em 2012 com a inauguração de mais 188 leitos, áreas clínica, cirúrgica e obstétrica, além de laboratório de análise clínica e UTI Adulto. Estes novos serviços permitirão a elevação do número mensal de atendimentos, passando dos atuais seis mil para dez mil atendimentos.

## **6.1.2 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares B**

### **6.1.2.1 Caracterização Geral da Unidade**

Localizada no interior de São Paulo, a Unidade B é uma instituição de caráter privado e com fins lucrativos mantida por meio de repasses provenientes da iniciativa privada, mais precisamente, de médicos (proprietários da instituição e denominados de cotistas) e do Plano de Saúde que administra a carteira de usuários desta Unidade de Serviços Médico-Hospitalares. Os cotistas são proprietários da instituição, a qual tem o objetivo de atender usuários conveniados ao referido plano de saúde.

A Unidade B dispõe, atualmente, de 95 leitos, todos destinados ao atendimento particular. Os 95 leitos existentes distribuem-se do seguinte modo:

- 23 leitos destinam-se à cirurgia geral;
- 31 leitos destinam-se à clínica geral;
- 15 leitos destinam-se à neonatologia;
- 4 leitos destinam-se à UTI adulta;
- 22 leitos destinados à obstetrícia cirúrgica.

Além disso, são disponibilizados enfermaria masculina e feminina, lavanderia, serviços de diagnóstico, obstetrícia e UTI adulta, bem como, consultórios, banco de sangue, farmácia e centro cirúrgico. Já os serviços laboratoriais e de segurança são terceirizados. Ao todo a instituição dispõe de 160 profissionais entre suporte e apoio multiprofissional, os quais prestam, diariamente, cerca de 120 atendimentos de baixa, média e alta complexidade.

Atualmente, a Maternidade e o Pronto-Socorro da instituição encontram-se desativados em razão da elevada relação custo/benefício gerada pela demanda insuficiente a tais serviços e das dificuldades financeiras enfrentadas. Foram realizadas três visitas à instituição, nas quais se entrevistou o Diretor Clínico, a Chefe de Enfermagem, e o Chefe Administrativo.

### 6.1.2.2 Liderança e Administração

A Unidade B não dispõe de um Sistema de Gestão da Qualidade formal, nem de uma área funcional da Qualidade, formalizados e estruturados. Os planos e metas da Qualidade são discutidos e estabelecidos em reuniões trimestrais pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Chefe Administrativo e por membros do Conselho o qual é formado pelos médicos cotistas proprietários da instituição. Em tais reuniões também são realizadas prestações de contas financeiras (montante financeiro investido em ações de melhoria e dispêndios ocorridos no período) e técnica (ações abordadas na reunião anterior já implementadas ou em implementação). Os profissionais responsáveis por gerenciar e operacionalizar os planos e metas estabelecidos, são o Diretor Clínico e o Chefe Administrativo.

Atualmente, a instituição tem as seguintes principais metas da Qualidade para os serviços prestados: reduzir erros nos procedimentos médicos (cirurgias, administração medicamentosa, diagnóstico) e a repetição de exames clínicos gerada pela ocorrência de falhas na realização destes. Sob a perspectiva da Qualidade Total, a Unidade B também tem como metas: disponibilizar a realização de cirurgias eletivas (não apresentam caráter de emergência), oferecer aos usuários profissionais de outras especialidades dos quais a instituição ainda não dispõe, reduzir o tempo de processamento de serviços de apoio (lavanderia e exames). Para que as metas da Qualidade sejam atingidas, foram estabelecidos os seguintes planos de ação:

- Investimentos em novas aparelhagens e equipamentos mais modernos, como respiradores de UTI, monitores cardíacos, tomógrafos, eletrocardiógrafos, bombas de infusão e aparelhos de raio-x;
- Contratação de profissionais com maior nível de qualificação, isto é, que possuam pós-graduação, ou doutorado;
- Contratar profissionais de especialidades que a instituição ainda não possui ou possui em quantidade insuficiente, como terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, além de mais médicos especializados e mais médicos-cirurgiões;

- Contratação de médicos especializados em prestação de pronto-atendimento: a previsão é de que tais contratações ocorram a partir da reabertura do Pronto-Socorro, prevista para Abril de 2011;
- Modificação do programa de capacitação dos profissionais: enfatizar a importância de ações proativas frente ações reativas durante a execução de procedimentos e rotinas, bem como da importância do cumprimento de fluxogramas e protocolos.
- Manutenção de parcerias com instituições de ensino superior para que o programa de capacitação existente seja ministrado por professores provenientes das mesmas e mais qualificados no ensinamento das práticas de Gestão da Qualidade.

A Unidade B não elabora formalmente o planejamento da Qualidade, pois, além da inexistência de um Sistema de Gestão da Qualidade, os entrevistados alegaram que tal planejamento é preterido em favor de temas relativos às dificuldades financeiras enfrentadas pela instituição, como pagamento de dívidas, de indenizações judiciais a usuários e da quitação de empréstimos bancários. Dessa forma, como o planejamento da Qualidade é deixado em segundo plano, são observadas as seguintes conseqüências:

- Indefinição quanto ao número de contratações de enfermeiros ao longo do ano: a imprevisibilidade da demanda de usuários ao longo do ano, torna a tomada de decisão pela contratação de mais enfermeiros difícil, pois, em caso de meses com baixa demanda, a mão-de-obra contratada ficará ociosa e a Unidade B terá prejuízo na medida em que os contratos, ao obedecerem o regime CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), implicam custos adicionais referentes à férias, décimo terceiro salário e fundo de garantia de cada profissional contratado;
- Dificuldade de negociação com conveniados: os usuários da Unidade B, muitas vezes, exigem serem submetidos a tratamentos mais dispendiosos, recusando-se a aceitar um tratamento mais barato e recomendável. Diante desse impasse, muitos usuários realizam reclamações junto ao Plano de Saúde, ou recorrem a processos judiciais nos quais, invariavelmente, obtêm direito à indenização.



- Dificuldade na disponibilização de médicos-cirurgiões para cirurgias eletivas (cirurgias que não demandam urgência), entre os meses de Dezembro e Fevereiro.

A Alta Administração da Unidade B participa das iniciativas de Gestão da Qualidade não somente pelas reuniões trimestrais de estabelecimento de planos e metas da Qualidade, mas também por realizar reuniões mensais para tratamento dos problemas da Qualidade ocorridos no período. Essas reuniões tem a participação do Diretor Clínico, do Diretor Superintendente, o qual representa o Conselho Cotista, do Diretor Técnico e do Diretor Administrativo. Eles analisam as soluções em potencial e a viabilidade de sua implantação, são identificadas, também, as possíveis causas do problema.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade B (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

### **6.1.2.3 Serviços Profissionais e Organização da Assistência**

A Unidade B dispõe, ao todo, de 160 profissionais entre médicos plantonistas, médicos intensivistas, clínicos-gerais, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. Segundo o Diretor Clínico, serão contratados profissionais de especialidades que a instituição ainda não dispõe, como técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais e médicos especializados em pronto-atendimento.

Os profissionais da Unidade dispõem de uma sistemática documentada de padrões de procedimentos e rotinas que devem ser cumpridos durante a execução das atividades. Pode-se citar como exemplos, a documentação da sequência dos processos de trabalho por meio de fluxogramas e procedimentos operacionais padrões, e a existência de registros documentados para padrões de trabalho, por meio de protocolos e prontuários médicos. Existem ainda, registros denominados de 'roteiro', contendo informações sobre o quadro clínico e o tratamento médico aplicado aos usuários

Os enfermeiros são mantidos em quantidade adequada, pois é medida, mensalmente, a taxa de enfermeiros por leito hospitalar. Esta taxa expressa o número de

usuários em leitos que ficam sob responsabilidade de um único enfermeiro e é analisada pela Comissão de Revisão de Prontuários Médicos. Atualmente, a taxa é de três usuários por enfermeiro, sendo considerada satisfatória, na medida em que o recomendado pelo Ministério da Saúde é sete leitos por enfermeiro.

O Chefe de Enfermagem é responsável por checar, diariamente, o cumprimento de protocolos e rotinas e a ocorrência de problemas da Qualidade nos setores, devendo repassar, ao Diretor Clínico, casos de descumprimento dos padrões, ou de ocorrência de problemas da Qualidade. Aos Chefes de Setor e ao Chefe de Enfermagem é dada autonomia de tomada de decisão para casos de problemas que demandem resolução imediata. Em contrapartida, não são realizadas, periodicamente junto aos profissionais, pesquisas sobre ‘Clima Organizacional’ que poderiam checar a percepção de cada um sobre o ambiente interno de trabalho.

Os profissionais da instituição são submetidos, semanalmente, a programas de capacitação denominados de Educação Continuada ministrados por professores e alunos recém-formados de universitários. Esses treinamentos visam ensinar padrões a serem seguidos pelos profissionais em rotinas e procedimentos para que reduzam-se as ocorrências de problemas da Qualidade nos serviços médico-hospitalares prestados. Por fim, com o intuito de melhorar a Qualidade destes, serão contratados profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, etc.) com maiores níveis de qualificação, isto é, que tenham pós-graduação, ou doutorado.

Os entrevistados destacaram como principais problemas, que afetam a Qualidade dos serviços prestados, enfrentados na Unidade B: erros no diagnóstico de patologias, imprecisão de exames clínicos, erros de administração medicamentosa, erros em procedimentos cirúrgicos, impossibilidade de agendamento de cirurgias eletivas entre os meses de Dezembro e Fevereiro.

As reuniões de tratamento de problemas da Qualidade são mensais. Estas reuniões não tem a participação de profissionais de todos os setores da instituição, nem do Chefe de Enfermagem e nem de Chefes de Setor. Participam apenas, o Diretor Clínico, o Diretor Técnico, o Diretor Administrativo e o Diretor Superintendente.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade B (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais.

Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.2.4 Serviço de Atenção ao Usuário**

A estrutura de atendimento oferecida atualmente pela Unidade B atende, diariamente, cerca de 120 usuários com quadros clínicos de baixa, média, ou alta complexidade. São oferecidos variados serviços de atenção aos usuários, como: internações em UTI, diagnóstico por imagem, centro cirúrgico, etc. Os serviços de pronto-atendimento e de Maternidade foram desativados em razão das dificuldades financeiras enfrentadas pela instituição e da demanda insuficiente.

A Unidade B, visando prevenir a ocorrência de problemas da Qualidade, adota como práticas a manutenção de informações sobre os usuários em registros denominados de 'roteiro' que contem orientações sobre o tratamento aplicado, as condutas executadas e os resultados dos exames realizados.

Em contrapartida, a instituição não realiza a medição e monitoramento da satisfação dos usuários, não havendo canais de comunicação com os mesmos para aferir reclamações. Assim, a Unidade B apenas limita-se ao recebimento, pela Diretoria Administrativa, de notificações sobre insatisfações ou processos judiciais de usuários que são comunicadas pelo Plano de Saúde que detém a carteira de usuários da instituição.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade B (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.2.5 Serviço de Apoio Técnico e Abastecimento**

A Unidade B não apresenta iniciativas de monitoramento do tempo de espera ao qual estão sujeitos os seus usuários. Esta Unidade volta atenção, principalmente, à

variáveis relativas a gastos financeiros, como despesa com medicamentos e despesa com internação, outras variáveis mensuradas são: número de cirurgias eletivas (cirurgias cuja complexidade é baixa e que não requer urgência), número de internações e número de enfermeiros por usuário.

Dessa forma, visando avaliar a Qualidade dos processos e serviços realizados, diferentes Comissões prestam apoio técnico à instituição, checando indicadores de desempenho cujos principais são:

- Índice de Mortalidade: indicador medido por meio dos prontuários médicos. Mensalmente, estes são analisados pela Comissão de Revisão de Óbitos;
- Índice de Infecção Hospitalar: indicador medido por meio de prontuários médicos. Mensalmente, estes são analisados pela Comissão de Infecção Hospitalar;
- Despesa com internação por doente tratado: mede os dispêndios que a Unidade B tem com cada usuário em regime de internação. É checado, mensalmente, pela Comissão de Revisão de Prontuários;
- Despesa com medicamentos por doente tratado: mede os dispêndios que são gerados à Unidade B na administração de medicamentos a seus usuários. É checado, mensalmente, pela Comissão de Farmácia;
- Taxa de enfermeiros por leito: permite a comparação da quantidade de enfermeiros existentes em relação ao número de leitos disponíveis. Subsidiaria a tomada de decisão relativa à contratação de enfermeiros. Atualmente, tal taxa é de 1 enfermeiro para cada 3 leitos, estando em um nível melhor do que o recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 1 enfermeiro para cada 7 leitos.

Mensalmente, os indicadores e variáveis citados são avaliados pelo Diretor Administrativo, por meio de um *software* específico que, a partir dos dados coletados, gera gráficos que mostram a evolução de cada indicador mês a mês. Esses gráficos, principalmente os de despesa, são posteriormente analisados em reuniões mensais entre o Diretor Clínico, o Diretor Técnico e o Diretor Administrativo da instituição. Estes avaliam os resultados das medições tomando como referência dados históricos da própria instituição mantidos internamente e padrões recomendados pelo Ministério da Saúde.

O processo de aquisição de medicamentos, equipamentos e materiais (gazes, soro, termômetros, etc.) é controlado por uma Comissão composta pelo Diretor Clínico, Diretor Superintendente, pelo Diretor Técnico e pelo Chefe de Enfermagem. Esta Comissão analisa os pedidos de compra e as indicações feitas por seus integrantes, de modo que os fornecedores são selecionados tomando-se por base o preço oferecido e a reputação do fornecedor no mercado.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade B (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.2.6 Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura**

A estrutura de atendimento oferecida pela Unidade B compreende 160 profissionais de Saúde, entre multiprofissionais (médicos clínico-gerais, especializados, intensivistas, plantonistas, enfermeiros) e de apoio (nutricionista, fisioterapeutas, auxiliares administrativos). A estrutura física permite o atendimento de quadros clínicos de baixa, média e alta complexidade, havendo 24 salas destinadas a atendimento ambulatorial, 4 salas de cirurgia, além de sala de curetagem e sala de recuperação pós-cirúrgica.

Em contrapartida, no ano de 2008, as estruturas físicas referentes à Maternidade e ao Pronto-Socorro foram desativadas sob alegação de falta de demanda por tais serviços. Segundo os entrevistados, a Maternidade apresentava demanda de três usuários por semana, o que gerava uma relação custo/benefício desvantajosa. Já o Pronto-Socorro, além da baixa demanda, não dispunha de médicos especializados na prestação do serviço de pronto-atendimento.

São disponibilizados, ao todo, 95 leitos, além de equipamentos de diagnóstico por imagem, como raio-x e tomógrafo. A instituição possui ainda, enfermarias femininas e masculinas. Segundo os profissionais entrevistados (Diretor Clínico, Diretor Administrativo e Chefe de Enfermagem), a estrutura física de atendimento necessita de reformas para que a mesma seja ampliada e ofereça maior comodidade aos usuários. Atualmente, o Centro

Cirúrgico da instituição passa por reformas, assim como o Pronto-Socorro que apesar de desativado passa por uma remodelagem e deve ser reaberto a partir de Abril de 2011.

Os entrevistados avaliam negativamente (particularmente como “regular”) os equipamentos e instrumentos utilizados na instituição, baseando-se para tal na defasagem e desatualização dos equipamentos disponíveis. A avaliação geral foi de que os mesmos são obsoletos, insuficientes e de que necessitam de manutenção constante. Dessa forma, foi apontada a necessidade urgente de novos investimentos em aparelhagem de diagnóstico (respiradores de UTI, monitores cardíacos, tomógrafos, etc).

Com relação à percepção relativa às instalações físicas existentes, esta também mostrou-se negativa (“regular”). O setor de lavanderia foi descrito como obsoleto e incapaz de atender a demanda da Unidade, assim como o Centro Cirúrgico que precisou passar por uma reforma visando ampliação. Por fim, pode-se destacar a desativação dos setores de Maternidade e de Pronto-Socorro.

### **6.1.3 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares C**

#### **6.1.3.1 Caracterização Geral da Unidade**

A Unidade C também está localizada no interior de São Paulo, sendo uma instituição secular fundada no final do século XIX. Atende a uma população total de 363 mil habitantes distribuída por diversas cidades. Possui, em média, 840 funcionários e promove, a cada mês, 2500 atendimentos de urgência, 800 cirurgias e 200 partos (normais e cesarianas). Aproximadamente, 67% dos atendimentos prestados são de usuários do SUS.

A instituição dispõe, atualmente, de 337 leitos, dos quais 127 são destinados ao atendimento particular, e outros 210 destinados ao SUS. Os 337 leitos existentes distribuem-se do seguinte modo:

- 86 leitos destinam-se à cirurgia geral, sendo 52 leitos destinados ao SUS;
- 99 leitos destinam-se à clínica geral, dos quais 60 leitos destinam-se ao SUS;
- 15 leitos destinam-se à neonatologia, sendo 9 leitos SUS;

- 41 leitos destinam-se à UTI (pediátrica, adulta e pré-natal), sendo 31 leitos SUS;
- 43 leitos destinados à obstetrícia cirúrgica, sendo 26 leitos SUS;
- 53 leitos destinados à pediatria clínica, sendo 32 leitos SUS.

Além disso, são disponibilizados enfermaria masculina e feminina, lavanderia, serviços de diagnóstico, obstetrícia e UTI bem como, consultórios, banco de sangue, farmácia e centro cirúrgico. Já os serviços laboratoriais e de segurança são terceirizados. Ao todo a instituição dispõe de 291 médicos cadastrados, além de uma infra-estrutura voltada para o atendimento de quadros clínicos de média e alta complexidade.

Quanto a tratamentos de Alta Complexidade, a Unidade C é referência em Gestação de Alto Risco, UTI, Nefrologia, Cardiologia, Radioterapia e Ortopedia (tratamento de ombro, quadril, joelho e tumor ósseo). Foram realizadas quatro visitas à instituição, nas quais se entrevistou o Gerente Hospitalar, o Gerente da Qualidade e dois enfermeiros.

### **6.1.3.2 Liderança e Administração**

O Sistema de Gestão da Qualidade da Unidade C começou a ser estruturado e formalizado em 2007. A iniciativa de implantação do Sistema de Gestão da Qualidade iniciou-se a partir da inserção da Unidade C no Programa de Revitalização de Hospitais Filantrópicos. Este programa é financiado pela CPFL (Companhia Paulista de Força e Luz) e visa elevar o desempenho administrativo e a qualidade dos serviços médico-hospitalares. Tem a duração de dois anos e apresenta como parceiros o CQH (Compromisso da Qualidade Hospitalar) e o CEALAG (Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão). Este pertence à Santa Casa de São Paulo e presta consultoria direta em Gestão da Qualidade às Unidades de Serviços Médico-Hospitalares participantes, realizando com estas reuniões quinzenais de auditoria para acompanhamento das práticas e atividades de Gestão da Qualidade das Unidades.

Na Unidade C, o departamento de Gestão da Qualidade, atualmente, dispõe de um gerente, treinado durante um ano e meio em um curso de Gestão da Qualidade ministrado pela Santa Casa de São Paulo, e uma auxiliar graduada em estatística.

Os planos e metas da Qualidade são discutidos e estabelecidos por meio de uma Gestão Compartilhada, a qual prevê reuniões mensais entre o setor de Gestão da

Qualidade e um Comitê Multifuncional composto de 20 profissionais de todas as áreas da instituição (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, Gerente Hospitalar, Diretor Técnico e Alta Administração). Em tais reuniões metas e planos da Qualidade são fixados e desdobrados, considerando-se os cinco 'direcionadores estratégicos' existentes no Manual da Qualidade da Unidade C. Os 'direcionadores estratégicos' que constam no Manual são:

- Gestão Hospitalar: tem como objetivos básicos a revitalização do SMU (Serviço Médico de Urgência) e intensificação de parcerias com instituições de ensino;
- Inserção no Mercado: tem como objetivos básicos a avaliação da relação de custo/benefício de exames, de aquisição de equipamentos e materiais, além da divulgação dos serviços oferecidos pela Unidade C;
- Gestão de Pessoas: busca melhorar a comunicação interna por meio de reuniões, jornais informativos, murais, etc;
- Gestão de Suprimentos: tem como objetivo básico a realização de compras eletrônicas em pregões virtuais realizados no site do Governo Federal na internet;
- Assistencialismo: aferir a satisfação interna dos funcionários.

Atualmente, a instituição tem as seguintes principais metas para a Gestão da Qualidade: obter certificação do CQH em 2013 e consolidar a Gestão da Qualidade até dezembro de 2012. Quanto às metas da Qualidade para os serviços prestados: reduzir o percentual de cirurgias suspensas de 3,92% para 3,3%, reduzir a taxa de mortalidade de 3,35% para 2,85% e reduzir a ocorrência de erros no preenchimento de prontuários médicos e fichas de atendimento. Sob a perspectiva da Qualidade Total, a Unidade C tem como metas: reduzir o tempo de espera dos usuários e disponibilizar maior número de horários para agendamento de cirurgias.

Para que as metas da Qualidade sejam atingidas, foram estabelecidos os seguintes planos de ação:

- Intensificação do programa de capacitação: consiste em aumentar de cinco para nove, o número de horas semanais de treinamento dos profissionais acerca de práticas e ferramentas da Qualidade, como Ciclo PDCA, Diagrama de Causa-e-Efeito, explicações sobre o cumprimento de rotinas e padrões nas atividades, sobre o preenchimento correto de prontuários, etc;



- Reconfiguração dos Prontuários Médicos: visa estabelecer alterações nos prontuários que simplifiquem seus preenchimentos, sem que se perca a riqueza de detalhes proporcionada por esses registros, tais como os procedimentos executados em cada tratamento, os resultados esperados, além de detalhes sobre o quadro clínico e a patologia apresentada pelo usuário. A simplificação visa garantir que os prontuários sejam preenchidos de forma completa, legível, correta. Além disso, devem ser devidamente assinados pelo profissional;
- Monitoramento das atividades quanto ao cumprimento de POP (Procedimentos Operacionais Padrões);
- Implantação de mapas cirúrgicos: mapas cirúrgicos contem todo tipo de informação acerca de uma cirurgia, como tempo de duração, grau de complexidade, procedimentos realizados durante a sua execução;
- Realização de Mutirões de Cirurgias Eletivas: será intensificada para diminuir a fila de espera por cirurgias eletivas que atualmente é de 1300 cirurgias de média complexidade, como hérnia, amígdala, fimose e adenóide. Esses mutirões serão responsáveis pela realização adicional de mais 42 cirurgias por mês;
- Realização de Campanhas internas de Conscientização dos profissionais sobre a Gestão da Qualidade: consistem em conscientizar os profissionais da instituição a respeito do compromisso desta para com a Gestão da Qualidade por meio da fixação de cartazes e murais que contenham a missão, os valores e a visão. Assim, o intuito é obter o envolvimento dos profissionais com a Gestão da Qualidade, rompendo eventuais resistências.

Segundo o Gerente da Qualidade, as principais dificuldades existentes na Unidade C para se executar o planejamento da Qualidade são:

- Resistência Cultural: os profissionais demonstram resistência em incorporar práticas de Gestão da Qualidade em suas atividades e rotinas;
- Burocracia Excessiva: os planos da Qualidade não podem ser executados sem antes passarem pela aprovação de diferentes *stakeholders* aos quais está subordinada à Unidade C, como a Secretaria Municipal da Saúde, na esfera municipal, a Secretaria Regional da Saúde, na esfera estadual e o Ministério da Saúde, na esfera federal.

A Alta Administração da Unidade C participa das iniciativas de Gestão da Qualidade não somente pelas reuniões da Gestão Compartilhada em que há o estabelecimento de planos e metas da Qualidade, mas também por realizar reuniões semanais para tratamento dos problemas da Qualidade ocorridos no período. Dessas reuniões participam profissionais de todas as áreas da Unidade (médico, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, etc.), o Diretor Técnico, o Gerente Hospitalar e o Gerente da Qualidade e são discutidas possíveis soluções e identificadas as causas do problema. A participação da Alta Direção também se dá nas reuniões quinzenais com os auditores do CEALAG, visando o acompanhamento das práticas e atividades de Gestão da Qualidade.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade C (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

### **6.1.3.3 Serviços Profissionais e Organização da Assistência**

A Unidade C dispõe, ao todo, de 840 funcionários, sendo 291 médicos cadastrados das mais variadas especialidades (cardiologistas, intensivistas, cirurgiões, nefrologistas, anestesista, oncologistas, etc.). Além disso, os mesmos dispõem de uma sistemática documentada de padrões de procedimentos e rotinas que devem ser cumpridos durante a execução das atividades. Pode-se citar como exemplos, a documentação da sequência dos processos de trabalho por meio de fluxogramas e procedimentos operacionais padrões, e a existência de registros documentados para padrões de trabalho, por meio de protocolos e prontuários médicos.

Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem são mantidos em quantidade adequada, pois é medida, mensalmente, a taxa de enfermeiros por leito hospitalar. Esta taxa expressa o número de usuários em leitos que ficam sob responsabilidade de um único enfermeiro e é analisada pela Comissão de Revisão de Prontuários Médicos. Atualmente, a taxa é de 1,54, sendo que o valor recomendado para obtenção do certificado CQH, almejado pela instituição, é de 1,8. Assim, o número de enfermeiros é insuficiente. Segundo

entrevistados, este fato aliado à elevada demanda por atendimento, provoca o sobrecarregamento dos enfermeiros.

O setor de Gestão da Qualidade realiza, mensalmente, pesquisas sobre ‘Clima Organizacional’ que checa a percepção dos profissionais sobre o ambiente interno de trabalho. Os profissionais da instituição são submetidos a programas de capacitação semanais ministrados por uma equipe de Educação Permanente. Esses treinamentos visam ensinar padrões e práticas a serem seguidos pelos profissionais em suas rotinas e procedimentos diários para que, dessa forma, reduza-se a ocorrência de problemas da Qualidade nos serviços médico-hospitalares prestados.

Os entrevistados destacaram como principais problemas, que afetam a Qualidade dos serviços prestados, enfrentados na Unidade: preenchimento incorreto de prontuários e fichas de atendimento, demora para disponibilização das salas de cirurgia, elevada taxa de absenteísmo e elevado número de cirurgias suspensas.

Quando há a ocorrência de problemas da Qualidade em algum setor da Unidade C, para que os mesmos não aconteçam novamente, são realizadas reuniões de discussão, das quais participam profissionais de todas as áreas da Unidade (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, etc.). Em tais reuniões, são discutidas possíveis soluções e identificadas as causas do problema. Para tal, são utilizadas as ferramentas da Qualidade: Ciclo PDCA e Diagrama de Causa-e-Efeito.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade C (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.3.4 Serviço de Atenção ao Usuário**

Segundo os entrevistados, a estrutura de atendimento oferecida atualmente pela Unidade C possibilita a prestação de atendimentos a quadros clínicos de média e de alta complexidade, além de quadros clínicos que demandem atendimento especializado, como infartos, politraumatismos, cirurgias, ou internações em UTI e atendimentos especializados.

Ao todo, são realizados mensalmente, em média, 2500 atendimentos de urgência, 800 cirurgias e 200 partos (normal e cesariana) são encaminhados à Unidade C

A Unidade C, visando prevenir a ocorrência de problemas da Qualidade, realiza o ciclo PDCA para Melhoria Contínua em suas atividades diárias. Além disso, os profissionais recebem treinamento de capacitação para realizar suas atividades conforme as práticas e padrões da Qualidade expressos em POP e fluxogramas.

A medição e monitoramento da satisfação dos usuários tem caráter diário e reativo, pois estão baseadas na análise crítica das insatisfações advindas diretamente dos próprios usuários e coletadas por meio de um Sistema de Tratamento de Reclamações. Neste Sistema, usuários manifestam sua insatisfação com os serviços da Unidade por meio telefônico ou da ouvidoria existente no site da instituição. Essas reclamações são analisadas, diariamente, pelo Gerente Hospitalar, o qual juntamente com o Gerente de GQ e com a Assistente Social da instituição, busca apurar e tratar as causas que motivaram as reclamações.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade C (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.3.5 Serviço de Apoio Técnico e Abastecimento**

A Unidade C mantém registros de atendimento de cada usuário, os quais por meio de fichas de atendimento, registram os horários de chegada e de saída dos usuários. O intuito é medir, mensalmente, o tempo de espera ao qual os usuários estão sujeitos, visando avaliar o desempenho dos atendimentos prestados. Este indicador é avaliado a cada mês pela Comissão de Revisão de Prontuários Médicos.

A Unidade C mantém, ainda, todos os indicadores exigidos pelo CQH tomando como padrão de referência para estes os mesmos padrões exigidos por esta certificação. Os indicadores são medidos mensalmente e visam avaliar a Qualidade dos processos e serviços realizados. Tais indicadores são checados por diferentes Comissões que prestam apoio técnico à instituição. Dentre os principais estão:

- Índice de Mortalidade: indicador medido por meio dos prontuários médicos. Mensalmente, estes são analisados pela Comissão de Revisão de Óbitos, a qual analisa se o índice se encontra dentro dos limites recomendados pelo CQH. Atualmente, o índice é de 3,35% e encontra-se fora dos limites exigidos pelo CQH que é de 2,21%;
- Índice de Infecção Hospitalar: indicador medido por meio de prontuários médicos. Mensalmente, estes são analisados pela Comissão de Infecção Hospitalar, a qual analisa se o índice se encontra em um nível melhor do que o exigido pelo CQH. Atualmente, é de 1,22% ante 1,99% recomendados pelo CQH;
- Taxa de Suspensão de Cirurgias: mede o percentual de cirurgias suspensas. É checada, mensalmente, pela Comissão de Revisão de Prontuários. Atualmente, é de 3,92% e encontra-se fora do limite exigido pelo CQH que é de 3,38%;
- Taxa de Ocupação de Leitos: checado, mensalmente, pela Comissão de Revisão de Prontuários. Atualmente, é de 55,2% ante os 63,48% exigidos pelo CQH;
- Tempo Médio de Permanência em Internação: checado, mensalmente, pela Comissão de Revisão de Prontuários. Atualmente, é de 3,65 ante 3,8 do CQH.

Mensalmente, o departamento de GQ verifica os indicadores medidos a fim de monitorar a real evolução dos mesmos, constatar não-conformidades e metas não atingidas. Para tratar os indicadores que se encontram fora dos limites impostos pelo CQH, a instituição realiza o ciclo PDCA que é alimentado pelos indicadores e a partir do qual é elaborado um relatório de não-conformidades. Este relatório é tratado em reuniões, envolvendo profissionais de todas as áreas da Unidade, o Gerente Hospitalar e o Gerente da Qualidade, para se constatar as causas dos problemas. A seguir, são revisados os protocolos e registros e os responsáveis pelo problema são reorientados quanto ao procedimento correto a ser cumprido.

O processo de aquisição de medicamentos, equipamentos e materiais (gazes, soro, termômetros, etc.) é controlado pelo Gerente Hospitalar e pela Comissão de Farmácia, que recebem as requisições e analisam os pedidos de compra. Para isso é mantida uma listagem de todos os fornecedores da Unidade C e de fornecedores em potencial. Eles são

monitorados e escolhidos por meio do site do Governo Federal. Este site reúne diversos fornecedores de todo Brasil que são credenciados e pré-aprovados pela ANVISA e regularizados com a Receita Federal. Cada fornecedor anuncia no site seus preços, cabendo à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares apenas escolher qual é aquele de sua preferência. Em geral, opta-se pelos fornecedores que oferecerem preços mais vantajosos.

O mapeamento e o monitoramento dos riscos associados às atividades da Unidade C (assistenciais, ambientais, profissionais, clínicos e institucionais) não são realizados, limitando-se apenas à identificação e ao gerenciamento de riscos ocupacionais. Estes riscos são analisados criticamente por meio de reuniões mensais da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes).

#### **6.1.3.6 Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura**

A estrutura de atendimento oferecida pela Unidade C está voltada ao atendimento de média e alta complexidade. São disponibilizados consultórios médicos, 8 salas de cirurgia, além de duas salas para parto normal, duas salas de pré-parto, etc. São disponibilizados, ao todo, 337 leitos dos quais 210 destinam-se ao SUS. Existem equipamentos de diagnóstico por imagem, como mamógrafo, raio-x, tomógrafo, além de aparelhos de ultrassonografia e de ressonância magnética. Mensalmente, são realizados cerca de 508 exames de tomografia, 2000 exames de ultrassonografia e 308 exames de ressonância magnética.

Os profissionais entrevistados avaliam negativamente, particularmente como “deficiente”, os equipamentos e instrumentos utilizados na instituição. A alegação é de que a aparelhagem disponível é obsoleta, insuficiente para atender a demanda e de que necessita de manutenção e reparos constantemente.

A percepção dos entrevistados em relação às instalações físicas existentes mostrou-se, novamente, negativa, como “deficiente”. A alegação é de que muitas das instalações disponíveis necessitam de reforma ou ampliação a fim de serem revitalizadas, como são os casos do SMU, das enfermarias, do Centro Cirúrgico e da Lavanderia. Esta última foi descrita como sendo obsoleta e incapaz de atender à demanda da instituição, obrigando que roupas de cama sejam lavadas apenas no período da manhã. Além disso, o

número de leitos é insuficiente, fazendo com que usuários sejam colocados em macas enquanto aguardam vagas em leitos.

Em contrapartida, a Unidade C vem tomando iniciativas para modificar tal cenário. O Centro Cirúrgico vem sendo revitalizado e até o final no primeiro bimestre de 2011 terá um total de onze salas, sendo uma específica para procedimentos oftalmológicos, e outras três para neurocirurgia, cirurgia cardíaca e de buço-maxilo. O Centro Cirúrgico terá, ainda, uma nova disposição física, com maior espaço e ampliação das salas para realização de procedimentos de alta complexidade, passando a atender às exigências da ANVISA. Já a lavanderia será ampliada com a construção de uma nova ala. Assim como o SMU (Serviço Médico de Urgência) que terá espaço específico para o descanso dos médicos, além de três quartos completos com banheiro, televisão e copa.

#### **6.1.4 Análise Comparativa da Gestão das Unidades de Serviço Médico-Hospitalares não Acreditadas em relação à Sistemática de Gestão da ONA**

O Quadro 6.1 mostra um resumo comparativo de características da sistemática de gestão observada nas três Unidades de Serviços Médico-Hospitalares sem Acreditação em comparação com os requisitos avaliados pela ONA para o nível Acreditação Plena.

<b>Requisitos de Acreditação ONA (Acreditação Plena)</b>	<b>Unidade A</b>	<b>Unidade B</b>	<b>Unidade C</b>	<b>Frequência de “A”</b>
Existência de responsável técnico nos setores	A	A	A	3
SGQ Estruturado	NA	NA	A	1
Área da Qualidade Formalizada	NA	NA	A	1
Planejamento da Qualidade Formalizado	NA	NA	A	1
Participação da Alta Administração nas iniciativas de Gestão da Qualidade	PA	PA	A	1
Registros que evidenciem a memória e a análise crítica dos processos e atividades da Unidade	PA	PA	A	1
Procedimentos, processos e rotinas documentados	NA	PA	A	1
Existência de sistemática de Gestão de Risco	NA	NA	NA	0
Monitoramento da proporção enfermeiros/leito	A	A	A	3
Equipe de enfermagem compatível com a demanda atendida	NA	A	NA	1
Treinamento/Capacitação de Profissionais em práticas de Gestão da Qualidade	A	A	A	3
Uso de Ferramentas da Qualidade no tratamento de problemas da Qualidade	NA	NA	A	1
Práticas para prevenção de problemas da Qualidade	NA	NA	A	1
Sistema de Reclamação Formalizado	A	NA	A	2
Práticas para Tratamento de Reclamações	A	NA	A	2
Comissões para Apoio Técnico	A	A	A	3
Sistema Formalizado de Aquisição de Recursos (materiais, equipamentos, etc.)	A	NA	A	2
Monitoramento das Atividades via Indicadores de Desempenho	PA	PA	A	1
Infra-Estrutura Compatível à Demanda	NA	A	NA	1
Infra-Estrutura Atualizada e em Bom Estado de Conservação	A	NA	NA	1
Quantidade de Equipamentos Compatíveis com a Demanda	PA	A	NA	1
Equipamentos Atualizados e em Bom Estado de Conservação	A	NA	A	2
<b>Percentual de Requisitos Plenamente Atendidos</b>	<b>41%</b>	<b>32%</b>	<b>77%</b>	<b>50%</b>

**Quadro 6.1. Comparativo entre as Unidades de Serviços Médico-Hospitalares e os requisitos da ONA**

**Legenda:**

**NA: Não Atendido**

**PA: Parcialmente Atendido**

**A: Atendido**



O quadro 6.1 mostra que, quanto ao atendimento aos requisitos de Gestão da Qualidade exigidos pela ONA, apenas 50% são integralmente cumpridos por pelo menos uma das três Unidades de Serviços Médico-Hospitalares pesquisadas. Além disso, apenas quatro (18%) requisitos (existência de responsável técnico pelos setores da Unidade, monitoramento da taxa enfermeiros/leito, capacitação dos profissionais e existência de Comissões de Apoio) são plenamente atendidos por todas as Unidades pesquisadas. Enquanto apenas um requisito, o de formalização e estruturação de Gerenciamento de Risco, não foi contemplado por nenhuma das Unidades, podendo ser considerado o destaque negativo da avaliação.

Além de não cumprirem o requisito de realização da Gestão de Risco, que prevê o mapeamento dos riscos (ambientais, assistenciais, ocupacionais, clínicos, institucionais e profissionais) inerentes à todas as atividades de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, as Unidades pesquisadas desconhecem também os princípios e a necessidade de estruturação deste tipo de gerenciamento como sendo uma exigência para obtenção da Acreditação.

A Unidade C é a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares que se encontra mais avançada em comparação com as demais. Dos vinte e dois requisitos avaliados, a Unidade atende a 77%, dezessete, no total. Destes, é possível destacar: o SGQ formalizado, o Departamento de GQ estruturado, a utilização de ferramentas da Qualidade para Melhoria Contínua e para o tratamento de problemas e a realização de práticas (gerenciamento de rotina e reuniões semanais) para prevenção de problemas da Qualidade.

Outros requisitos como medição mensal de indicadores de processos e documentação de processos e procedimentos também são plenamente cumpridos por C, porém, foi possível observar que ambos são parcialmente atendidos pelas Unidades A e B. A e B também medem indicadores, porém são apenas indicadores gerais exigidos pelo Ministério da Saúde (taxa de infecção, taxa de mortalidade, etc.) não havendo indicadores associados a processos.

Entre A e B, apenas a última documenta seus procedimentos, mas só alguns deles são documentados. A e B não registram formalmente a ocorrência de problemas da Qualidade. Os registros mantidos em ambas referem-se apenas à atas de reuniões da Alta Administração, ou de reuniões de análise crítica mensal dos resultados dessas Unidades.

A Unidade B é a instituição que mais deixa a desejar em relação ao cumprimento dos requisitos de Acreditação da ONA. A Unidade atende apenas 32% destes, isto é, sete dos vinte e dois avaliados. Apenas esta Unidade não possui um Sistema formal de coleta e tratamento de reclamações dos usuários, nem Sistema formalizado de Aquisição de

materiais que é realizada informalmente a partir de indicações dos profissionais e da disponibilidade financeira. Em contrapartida, apenas B tem a equipe de enfermagem e a infraestrutura compatíveis com a demanda de usuários.

A Unidade A ocupa uma posição intermediária quanto ao atendimento dos requisitos de Acreditação da ONA, porém o cumprimento dos mesmos é inferior à 50%. Dentre os contemplados pela Unidade é possível destacar que A é a única que dispõe de uma infra-estrutura atualizada e em bom estado de conservação.

Por fim, com exceção da Unidade C, que já estruturou seu Sistema de Gestão da Qualidade e planeja obter certificado de Acreditação em 2013, as demais instituições reconhecem os benefícios proporcionados por este Sistema, mas não demonstraram planos nem iniciativas concretas para implantar a Gestão da Qualidade. A Unidade A destaca que o tema foi apenas levantado brevemente em reuniões do Conselho Gestor, mas não progrediu. A Unidade B, em particular, apresentou, ainda, a visão de que Gestão da Qualidade é custo e fonte de despesas, sendo, portanto, sua implantação pouco importante em face ao problema de equacionamento de dívidas enfrentado pela instituição. Assim, não se observam perspectivas futuras de que, em um longo prazo, a Unidade B se mobilizem em prol da implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade.

## **6.2 Unidades de Serviços Médico-Hospitalares Acreditadas**

### **6.2.1 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares D**

#### **6.2.1.1 Caracterização Geral da Unidade**

A Unidade de Serviço Médico-Hospitalar D é pública, está localizada no interior do Estado de São Paulo e foi fundada em fevereiro de 2003. Considerada de grande porte na medida em que possui trezentos e dezoito leitos, atualmente, a Unidade oferece aos usuários como serviços de atendimento:

- Ambulatório;
- Centro Cirúrgico;

- Banco de Sangue
- UTI;
- Diagnóstico por Imagem;
- Atendimento de Emergência.

São realizados, em média, dez mil consultas médicas, seiscentas cirurgias e novecentas internações mensais.

A Unidade é Acreditada pela ONA desde novembro de 2004, possuindo, atualmente, o certificado de Acreditação Plena que foi obtido em 2006.

### **6.2.1.2 Processo de Adequação da Sistemática de Gestão à ONA**

O processo de adequação da gestão da Unidade D foi iniciado em novembro de 2003, quando a Alta Administração fechou acordo com outra Unidade Acreditada do Estado para realização de ciclos de palestras de conscientização e mobilização para o processo de Acreditação, suas etapas e benefícios.

Posteriormente, uma Comissão, composta por seis profissionais (o Diretor Técnico, um enfermeiro, um farmacêutico, dois médicos e um profissional do setor Administrativo), foi nomeada para conduzir e monitorar as ações de adequação da gestão da Unidade. Além disso, os membros da Comissão foram submetidos ao curso de capacitação à Acreditação ministrado pela ONA. O intuito, a partir dessa Comissão, iniciar a estruturação do Escritório da Qualidade.

Uma vez finalizada essa fase inicial, uma Agência Acreditora credenciada pela ONA foi contratada para realizar um diagnóstico inicial sobre as necessidades de adequação da sistemática de gestão da Unidade D aos requisitos da ONA. Como a Unidade havia sido recém-inaugurada, foram necessárias diversas adequações, dentre as quais foram destacadas:

- Gestão da Qualidade não-estruturada;
- Processos não-mapeados;
- Inexistência de indicadores de processos;
- Inexistência de Gestão de risco;
- Documentação de procedimentos operacionais em fase de elaboração;

Em contrapartida, foi observado que a Unidade apresentava fatores facilitadores ao processo de adequação, como:

- As instalações e equipamentos eram modernos e compatíveis à demanda atendida pela Unidade D;
- A Unidade, à época, oferecida poucos serviços de atendimento aos usuários: apenas, atendimento de pronto-socorro e ambulatorial;
- A Alta Administração mostrou-se envolvida no processo desde seu início, sendo ela a responsável pela idéia de aplicá-lo à Unidade e por participar ativamente das ações e reuniões da fase de adequação da gestão e da fase de pós-adequação.

Durante a fase antecedente à implantação, a principal dificuldades enfrentada foi capacitar os profissionais do Escritório da Qualidade de acordo com os conceitos da Acreditação, fazendo-os compreender os requisitos do manual da ONA. Em contrapartida, a fase de adequação da gestão teve como dificuldade a falta de mobilização e conscientização dos profissionais da Unidade quanto às ações implementadas nesta fase e, como consequência, a falta de aplicação dessas ações na rotina de trabalho. O principal foco de resistência foi a adesão da equipe médica que relutou tanto em aplicar as adequações a sua rotina quanto a participar da composição da Comissão de Gestão da Qualidade.

Para superar tais dificuldades, o Escritório da Qualidade recorreu à capacitação diária de todos os profissionais da Unidade, por meio da administração de palestras explicativas que tratavam sobre a GQ na Saúde, Acreditação Nacional, ONA, ferramentas de GQ, práticas de GQ aplicadas ao ambiente médico-hospitalar, etc. Tais palestras tinham a duração média de uma hora. De forma complementar, visando demonstrar a importância do processo de adequação da gestão à obtenção da Acreditação da ONA, a Alta Administração buscou participar de cada uma das reuniões de definição das ações junto com a Comissão da Qualidade.

Paralelamente, visando incentivar a mobilização e a aplicação dos conceitos e ações de GQ à rotina de trabalho dos profissionais, foram distribuídos, em cada setor, bótons, balas com mensagens de incentivo, boletins informativos sobre as iniciativas de adequação que estavam ocorrendo, etc.

Mensalmente, são realizadas reuniões de análise crítica das ações, dos resultados de GQ e de Melhoria Contínua desta. Tais reuniões tem a participação da Alta Administração, do Escritório da Qualidade e dos chefes de setor da Unidade, sendo que os

setores com os melhores resultados do mês são premiados por meio de aumento financeiro no Vale-Refeição de seus profissionais.

Atualmente, a Unidade D possui o certificado nível Acreditação Plena da ONA e manteve-o após auditoria de reacreditação realizada em Outubro de 2010. As perspectivas futuras são de se submeter, em fevereiro de 2012, à auditoria para obtenção da Acreditação por Excelência. Porém, para tal, a Unidade D está buscando melhorar e consolidar a Gestão por Evidência, pois atualmente, a base de indicadores de processos mantidos é incompleta na medida em que coexistem processos que não são associados a indicadores. Dessa forma, a intenção é implantar indicadores que retratem, de modo coerente, o padrão de desempenho dos processos. Os indicadores mais importantes medidos atualmente são:

- Percentual de cirurgias eletivas não-realizadas;
- Percentual de bolsas de sangue com problemas de identificação;
- Taxa de rotatividade de leitos;
- Percentual de notificações de eventos adversos a medicamentos.

Para realizar a manutenção e o monitoramento das práticas e do padrão de Acreditação Plena, a Unidade D realiza o gerenciamento de rotina em que membros do Escritório de GQ, continuamente, circulam pelos setores da instituição a fim de, em caso de problemas, busca solucioná-los por meio da utilização de ferramentas de GQ (Diagrama de Ishikawa, Diagrama de Árvore, Diagrama de Afinidades, etc). É uma forma de encontrar oportunidades de melhoria que, posteriormente, serão abordadas nos cursos de capacitação semanais dos profissionais.

Foram identificadas como principais recomendações para a condução do processo de adequação da gestão à Acreditação da ONA:

- Identificar, inicialmente, o perfil epidemiológico da Unidade;
- Identificar e documentar os macroprocessos da Unidade e a interação entre eles;
- Iniciar as adequações de Acreditação Hospitalar por macroprocessos que forem considerados críticos;
- Desdobrar os macroprocessos em microprocessos e em atividades, iniciando pelos macroprocessos críticos;
- Realizar, continuamente, a divulgação do processo de adequação e de suas ações correspondentes, por meio de palestras, cartazes, vídeos entre outros para que os profissionais tenham a real dimensão do que está acontecendo

na Unidade e, com isso, sintam-se mais motivados e impelidos a se envolver.

Os principais benefícios obtidos pela Unidade D, em decorrência da Acreditação, foram: redução de desperdícios (materiais, financeiros, etc.); redução de despesas (manutenção, medicamentos e bolsas de sangue), redução de erros (medicação, exames, identificação de materiais, medicamentos e bolsas de sangue).

## **6.2.2 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares E**

### **6.2.2.1 Caracterização Geral da Unidade**

A Unidade de Serviço Médico-Hospitalar E é privada e está localizada na cidade de São Paulo. Considerada de grande porte na medida em que possui oitocentos e três leitos, atualmente, a Unidade oferece aos usuários como serviços de atendimento:

- Ambulatório;
- Centro Cirúrgico;
- Banco de Sangue
- UTI;
- Diagnóstico por Imagem;
- Atendimento Neo-Natal;
- Obstetrícia;
- Maternidade;
- Atendimento de Emergência.

São realizados, em média mensalmente, três mil e quatrocentas cirurgias, quatro mil e quatrocentas internações, cinquenta mil atendimentos de emergência, sessenta e nove mil exames de imagem, além de treze mil partos

A Unidade é Acreditada pela ONA desde 2007, quando obteve a Acreditação nível Plena. Atualmente a Unidade é Acreditada por Excelência, nível obtido em 2008.

### **6.2.2.2 Processo de Adequação da Sistemática de Gestão à ONA**

A Unidade é caracterizada por um longo histórico de obtenção de certificações aplicáveis ao setor de serviços médico-hospitalares que consolidou a cultura da GQ na instituição. Esse histórico teve início em 1996 com a obtenção do CQH, passando pela conquista da certificação ISO 9001 (1999), recertificação ISO 9001 (2000) e culminando com a obtenção da Acreditação Hospitalar nível Excelência em 2008.

Esse histórico facilitou o processo de adequação da gestão da Unidade E aos requisitos de Acreditação da ONA. Além de a sistemática de gestão da Unidade já contemplar a maior parte dos requisitos da ONA, os profissionais já apresentavam a conscientização necessária para lidar com essa nova certificação. Dessa forma, não foi necessário recorrer ao auxílio de outras Unidades de Serviços Médico-Hospitalares, nem de consultorias externas para conduzir o processo.

O Departamento da Qualidade, formado por oito membros, já era estruturado e atuante desde 1992 e as práticas de GQ já estavam bem consolidadas entre todos os profissionais, tendo um funcionamento auto-sustentado. No final de 2006 foi contratada uma Agência Acreditadora credenciada pela ONA, que realizou o Diagnóstico Inicial sobre as necessidades de adequação existentes na Unidade E.

A Agência observou que todos os requisitos de Acreditação Plena já eram contemplados pela gestão da Unidade e só não certificou a mesma com a Acreditação por Excelência, pois julgou que seria melhor a instituição passar um ano com a Acreditação Plena para que seus profissionais absorvessem melhor os conceitos da Acreditação.

As iniciativas de divulgação do processo de implantação da Acreditação Hospitalar na Unidade resumiram-se a palestras explicativas semanais e reportagens publicadas no jornal interno e nos murais de cada setor. Além disso, os membros do Departamento da Qualidade foram capacitados em cursos de auditores internos da ONA para melhor compreenderem o processo de Acreditação e suas iniciativas.

As práticas de gestão e de GQ tem um funcionamento auto-sustentado na Unidade E. Cada chefe de setor é capacitado e livre para solucionar eventuais problemas de sem a necessidade de consultar o Departamento da Qualidade. Caso ocorra algum problema grave, os chefes de setor entram em contato com o Gerente da Qualidade para definição conjunta da solução. Mensalmente, ocorrem reuniões de análise crítica das quais participam os membros do Departamento da Qualidade, os chefes de setor e outros dois profissionais,

sendo um representante de todos os profissionais que é eleito pelos mesmos e outro representante dos serviços de apoio (limpeza, manutenção, etc.).

Nessas reuniões, os chefes de setor apresentam os resultados do mês, os problemas ocorridos, as soluções implementadas e as ações de Melhoria Contínua implantadas e em implantação. As iniciativas de Melhoria são avaliadas com base nos indicadores de desempenho que são classificados em três tipos:

- Indicadores de Gestão: relacionam-se aos resultados financeiros da Unidade (Custos por usuário internado, EBTIDA, Lucro Líquido, etc.);
- Indicadores Assistenciais: estão relacionados aos processos referentes aos serviços prestados pela Unidade (Incidência de Extubação Acidental, Incidência de Brônquio-Aspiração, Perda de Sonda Vesical, Perda de Sonda Nasogástrica, Incidência de Quedas, etc.);
- Indicadores Setoriais: são indicadores específicos mantidos para controle interno por cada setor da Unidade E (perda de filme de raio-x, erros na prescrição da dieta nutricional do paciente, incidência de ingestas nutricionais, incidência de erros em prontuários, etc.).

No início de 2011, a Unidade E será submetida à auditoria para manutenção da Acreditação por Excelência. As perspectivas quanto à Acreditação Hospitalar na instituição são de que em 2011 terá início o processo de introdução do Lean-Sigma, que é visto pela Alta Administração como uma forma de inovação e vanguardismo dentro do setor médico-hospitalar.

As principais recomendações realizadas pelo Gerente da Qualidade para facilitar o processo de adequação da gestão à ONA foram:

- Apoio e participação da Alta Administração no processo de adequação;
- Divulgar as ações de adequação da gestão em murais e jornais informativos internos;
- Realizar, continuamente, palestras explicativas com todos os profissionais para que os mesmos compreendam melhor os conceitos da Acreditação e as melhorias que a mesma proporciona à rotina de trabalho da Unidade;
- A definição do mapeamento dos macroprocessos da Unidade deve contar com a participação de profissionais dos setores, podendo ser realizada em reuniões do tipo *brainstorming*.



Os principais benefícios obtidos pela Unidade E, em decorrência da Acreditação, foram: aumento da rentabilidade, da satisfação dos usuários e profissionais; aumento do número de usuários fidelizados, melhoria na eficácia na comunicação entre os setores da Unidade.

## **6.2.3 Unidade de Serviços Médico-Hospitalares F**

### **6.2.3.1 Caracterização Geral da Unidade**

A Unidade de Serviço Médico-Hospitalar F é privada, está localizada no interior do Estado de São Paulo e foi fundada em dezembro de 2003. É de médio porte na medida em que possui oitenta leitos, atualmente, a Unidade oferece aos usuários como serviços de atendimento:

- Ambulatório;
- Centro Cirúrgico;
- Banco de Sangue
- UTI;
- Diagnóstico por Imagem;
- Atendimento de Emergência;
- Atendimento Neo-Natal;
- Obstetrícia;
- Maternidade.

A Unidade é Acreditada pela ONA desde 2005, quando obteve o certificado de Acreditação nível Acreditado. Posteriormente, em 2007, conquistou a Acreditação Plena que foi mantida em auditoria de reacreditação em maio de 2009.

### 6.2.3.2 Processo de Adequação da Sistemática de Gestão à ONA

O processo de adequação da gestão da Unidade D foi iniciado 2004, quando a Alta Administração estabeleceu o projeto de obter a Acreditação logo nos primeiros anos de existência da Unidade para que esta se estruturasse, desde a fundação, conforme a cultura e os valores da Acreditação da ONA.

Dessa forma, foi fechado um acordo com outra Unidade Acreditada do Estado para realização de ciclos de palestras de conscientização e mobilização para o processo de Acreditação, suas etapas e benefícios.

Posteriormente, uma Comissão, composta por seis profissionais (o Diretor Técnico, a Chefe de Enfermagem, o Chefe Administrativo, a Chefe de Recursos Humanos, um médico e o Engenheiro de Segurança do Trabalho), foi nomeada para conduzir e monitorar as ações de adequação da gestão da Unidade. Além disso, os membros da Comissão foram submetidos ao curso de capacitação à Acreditação ministrado pela ONA. O intuito, a partir dessa Comissão, iniciar a estruturação do Escritório da Qualidade.

Uma vez finalizada essa fase inicial, uma Agência Acreditadora credenciada pela ONA foi contratada para realizar um diagnóstico inicial sobre as necessidades de adequação da sistemática de gestão da Unidade D aos requisitos da ONA. Como a Unidade havia sido recém-inaugurada, foram necessárias diversas adequações, dentre as quais foram destacadas:

- Gestão da Qualidade não-estruturada (o Escritório da Qualidade havia sido definido recentemente);
- Processos não-mapeados;
- Inexistência de indicadores de processos;
- Inexistência de Gestão de risco;
- Documentação de procedimentos operacionais em fase de elaboração;

Em contrapartida, foi observado que a Unidade apresentava fatores facilitadores ao processo de adequação, como:

- As instalações e equipamentos eram modernos e compatíveis à demanda atendida pela Unidade F;
- A Alta Administração mostrou-se envolvida no processo desde seu início, sendo ela a responsável pela idéia de aplicá-lo à Unidade e por participar

ativamente das ações e reuniões da fase de adequação da gestão e da fase de pós-adequação;

- Os membros do Escritório da Qualidade foram capacitados para o processo de Acreditação da ONA em cursos administrados por Agência Acreditadora.

Durante a fase antecedente à implantação, a principal dificuldade foi enfrentar a resistência dos profissionais da Unidade em adotarem as práticas e as mudanças propostas pelo Escritório à rotina de trabalho. De modo geral, houve, ainda, falta de compreensão e conscientização para com os conceitos e requisitos de Acreditação. O principal foco de resistência foi a adesão da equipe médica que relutou tanto em aplicar as adequações a sua rotina quanto a participar da composição da Comissão de Gestão da Qualidade. Paralelamente, os enfermeiros resistiam em notificar a ocorrência de erros e de eventos adversos, temendo uma atitude punitiva da Alta Administração.

Para superar tais dificuldades, o Escritório da Qualidade recorreu à capacitação diária de todos os profissionais da Unidade, por meio da administração de palestras explicativas que tratavam sobre a GQ na Saúde, Acreditação Nacional, ONA, ferramentas de GQ, práticas de GQ aplicadas ao ambiente médico-hospitalar, etc. Tais palestras tinham a duração média de uma hora. De forma complementar, visando demonstrar a importância do processo de adequação da gestão à obtenção da Acreditação da ONA, a Alta Administração buscou participar de cada uma das reuniões de definição das ações junto com a Comissão da Qualidade.

Para a estruturação da Gestão de Risco foi necessário não só nomear uma Comissão Interna de Gerenciamento de Risco a qual conta com oito membros, mas também, realizar um intensivo trabalho de conscientização com a equipe de enfermagem. Nesse trabalho buscou transmitir o verdadeiro valor da Gestão de Risco, a importância da realização das notificações, os riscos mais importantes a que os usuários e profissionais estariam expostos quando da prestação do serviço de assistência, etc. Essa foi uma forma encontrada pelo Escritório da Qualidade para mudar a mentalidade dos enfermeiros de que a ocorrência de erros e de eventos adversos não significa punição, mas sim, é uma oportunidade de melhoria.

Paralelamente, visando incentivar a mobilização e a aplicação dos conceitos e ações de GQ à rotina de trabalho dos profissionais, foram distribuídos, em cada setor, boletins informativos e cartazes sobre as iniciativas de adequação que estavam ocorrendo, etc. Além disso, os profissionais eram chamados a participar diretamente do processo de adequação.

Eles participavam de reuniões semanais com seu chefe de setor, nas quais era realizado um *brainstorming*. Dessa forma, foi possível elaborar o Manual de Procedimentos Operacionais de cada setor da Unidade, sendo que o profissional que realizasse alguma contribuição valiosa para algum procedimento era homenageado com a colocação de seu nome ao procedimento documentado com o qual contribuiu.

Mensalmente, são realizadas reuniões de análise crítica das ações, dos resultados de GQ e de Melhoria Contínua desta. Tais reuniões tem a participação da Alta Administração, do Escritório da Qualidade e dos chefes de setor da Unidade. São apresentados também os principais indicadores de cada setor para avaliação da evolução dos mesmos. Os resultados da reuniões e os principais indicadores são, posteriormente, expostos nos murais setoriais da Unidade. Os indicadores principais são:

- Taxa de Internação em quarenta e oito horas;
- Rotatividade de leitos;
- Número mensal de Notificações de Eventos Adversos;
- Percentual de Reações Adversas a Medicamentos;
- Taxa de Descartes de Sobra de Cubas;
- Tempo Médio para Emissão de Laudo de Exame de Imagem.

Atualmente, a Unidade F possui o certificado nível Acreditação Plena da ONA e manteve-o após auditoria de reacreditação realizada em maio de 2009. As perspectivas futuras são de se submeter, em maio de 2011, à auditoria para obtenção da Acreditação por Excelência. Para tal, a instituição deu início à utilização da ferramenta da Qualidade FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) à prevenção de falhas nos serviços médico-hospitalares. Esta iniciativa é vista pela Alta Administração da Unidade como uma forma de inovação e vanguardismo dentro do setor médico-hospitalar.

As principais recomendações realizadas pelo Gerente da Qualidade para facilitar o processo de adequação da gestão à ONA foram:

- Iniciar o processo com a definição do Perfil Epidemiológico da instituição;
- Após a definição do Perfil Epidemiológico, identificar e documentar os macroprocessos e a interação entre os mesmos;
- Realizar *brainstorming* com os profissionais de cada setor para elaborar e definir as ações a serem implantadas, fazendo-os participar do mapeamento dos processos e de riscos e da elaboração de procedimentos documentados;

- Recorrer ao auxílio de outras Unidades de Serviços Médico-Hospitalares já Acreditadas em caso do surgimento de dúvidas durante o processo.

Os principais benefícios obtidos pela Unidade F, em decorrência da Acreditação, foram: aumento da rentabilidade; reconhecimento da comunidade; melhoria da interação entre os setores; ampliação e melhoria da estrutura física e da equipe de profissionais; padronização de práticas e procedimentos de trabalho.

#### **6.2.4 Análise Comparativa do Processo de Adequação da Gestão das Unidades de Serviço Médico-Hospitalares Acreditadas**

A partir das informações coletas e das observações realizadas nas visitas às Unidades Acreditadas, foi possível estabelecer as seguintes comparações quanto ao processo de adequação aos requisitos da ONA ocorrido em cada uma:

Entre as Unidades do nível Acreditação Plena (Unidade D e Unidade F):

- Iniciaram o processo de adequação logo que foram inauguradas. A Unidade D, fundada em fevereiro de 2003, teve o processo iniciado em novembro de 2003. Já a Unidade F foi fundada em dezembro de 2003, com o processo de adequação iniciando-se em 2004. Tal fato facilitou o processo de implantação da Acreditação Hospitalar, pois desde o início as Unidades D e F entraram em contato com os princípios e valores da Acreditação;
- Tiveram como duração do processo de adequação: dez e doze meses, respectivamente;
- Recorreram ao auxílio de Unidades de Serviços Médico-Hospitalares Acreditadas durante a condução do processo de adequação. Não necessitaram da contratação de empresas de consultoria externa;
- Precisaram, antes da fase de Diagnóstico, compor uma Comissão para iniciar a estruturação do Escritório da Qualidade. Ambas as Unidades nomearam seis membros para o Escritório. Durante a fase de Diagnóstico do processo, constatou-se que nenhuma das duas Unidades possuíam requisitos básicos do Manual da ONA (mapeamento de processos,

procedimentos documentados, GQ estruturada, Gestão de Risco e indicadores de processos);

- Tiveram com facilitador o fato de que, por serem recém-inauguradas, apresentavam equipamentos e instalações atualizados e compatíveis com a demanda atendida;
- Apresentaram como principal entrave ao processo de adequação, a resistência dos profissionais (mudança cultural) em adotarem as práticas propostas, bem como a dificuldade de mobilização e conscientização dos mesmos. O principal foco de tais dificuldades foi a equipe médica.

No geral, entre todas as Unidades, é possível realizar as seguintes comparações:

- Capacitaram os membros da GQ em cursos de auditores internos ministrados por agências Acreditoras;
- Tiveram seu processo de Adequação proposto e iniciado pela Alta Administração que participou de forma efetiva do processo;
- Tiveram como dificuldade a fase de capacitação dos membros da Qualidade e a compreensão pelos mesmos aos requisitos, conceitos e princípios de Acreditação da ONA;
- Buscaram implementar diferentes estratégias para incentivar a mobilização e o envolvimento dos profissionais (realização de palestras explicativas, fixação cartazes, convocação dos profissionais para as reuniões de adequação da gestão, estímulos financeiros, congratulações, etc);
- Identificaram, para início e condução do processo de adequação, recomendações como: definição do perfil epidemiológico da instituição; identificação dos macroprocessos e dos macrofluxos; realização de *brainstorming* em cada setor para participação de todos os profissionais no processo e para que os mesmos sintam-se envolvidos ao realizarem sugestões, etc; recorrer a instituições já Acreditadas, em caso de dúvidas durante o processo.

## **7. ADEQUAÇÃO DA GESTÃO DA UNIDADE A AOS REQUISITOS DE ACREDITAÇÃO DA ONA**

Este capítulo apresenta as iniciativas realizadas na Unidade A para adequar sua sistemática de gestão aos requisitos de Acreditação Plena da ONA. A pesquisa-ação conduzida na Unidade seguiu as etapas do modelo proposto por Coughlan e Coghlan (2002), isto é: Etapa Preliminar, Tratamento de Dados (Coleta de Dados, Disponibilização de Dados, e Análise de Dados), Plano de Ação, Implementação, Avaliação e Monitoramento dos Resultados.

Essas etapas são descritas no capítulo, assim como as constatações do pesquisador advindas das imersões no ambiente pesquisado, os requisitos do Manual não contemplados pela Unidade A, as dificuldades enfrentadas para adequação a esses requisitos, as ações implantadas e programadas ao longo do horizonte da intervenção, os meios utilizados para sensibilização dos profissionais quanto à importância de se engajarem no processo intervencionista desencadeado pela pesquisa-ação e quanto à todas as mudanças inseridas no ambiente de pesquisa decorridas de tal processo.

Ao longo de suas subseções, o capítulo apresenta cada uma das etapas da pesquisa-ação realizada na Unidade, suas respectivas ações, o que foi realizado, de fato, em cada uma delas; e o modo como foram operacionalizadas.

### **7.1 Etapa Preliminar**

A Etapa Preliminar teve início com a realização de reuniões envolvendo o pesquisador e a Alta Administração da Unidade A. Em tais reuniões, foram explicitados os propósitos da pesquisa-ação, as condições necessárias para sua realização e as mudanças a serem inseridas pela mesma na sistemática de gestão da Unidade.

O apoio da Alta Administração foi obtido para a condução das atividades da pesquisa-ação, acordando-se com aquela o objetivo principal da pesquisa-ação: implantar uma sistemática de gestão que atenda aos requisitos de Acreditação Plena do Sistema de Gestão da ONA.

Dessa forma, definiu-se que o pesquisador estaria imerso no ambiente médico-hospitalar diariamente, em turnos alternados, visando observar a rotina de trabalho dos profissionais de cada setor e as necessidades de adequação da sistemática de gestão dessa rotina à expressa pela ONA no nível de Acreditação Plena por meio dos requisitos do Manual de Acreditação.

Além disso, atentou-se para a necessidade de formação de um Comitê de pesquisa-ação formado por profissionais da própria instituição. O Comitê seria continuamente informado sobre as ações realizadas pela pesquisa-ação e participaria das tomadas de decisão, do planejamento, implementação e monitoramento de cada uma dessas ações. As oportunidades de melhoria e as necessidades de adequação da sistemática de gestão da Unidade aos requisitos da ONA foram definidas conjuntamente em reuniões entre o pesquisador e o Comitê. O pesquisador condutor da pesquisa-ação responsabilizou-se, ainda, pela elaboração de registros e documentações inexistentes.

Para compor o Comitê foram designados, de cada setor, profissionais com características de liderança sobre os demais profissionais e os Chefes de setor. Os membros do Comitê deveriam atuar como multiplicadores das ações e conceitos inseridos pela pesquisa-ação na Unidade. Ao todo, o Comitê foi constituído por 16 membros:

- O Diretor Técnico;
- A Chefe do Conselho de Co-Gestão;
- A Chefe do Setor de Faturamento;
- A Chefe do Setor de Farmácia;
- A Chefe de Enfermagem;
- O Chefe Administrativo;
- Dois médicos;
- A Supervisora do serviço de Fisioterapia;
- A Chefe de Radiologia;
- O Diretor de Compras;
- Uma recepcionista;
- O Chefe do Setor de Emergência;
- Três enfermeiros.

O quadro 7.1. apresenta as tarefas, acordadas com a Alta Administração da Unidade e com os membros do Comitê durante a Etapa Preliminar, a serem realizadas pela



pesquisa-ação. É apresentada, ainda, a forma como ficou combinado de as mesmas serem executadas.

<b>Tarefas acordadas na Etapa Preliminar</b>	<b>O que foi acordado para cada tarefa</b>
Formar um Comitê de pesquisa-ação Coordenar suas atividades	Foi formado um Comitê de auxílio às tarefas da pesquisa-ação. Este Comitê foi composta por líderes de Setor e pelo Diretor Técnico.
Palestras de Conscientização para a pesquisa-ação e para os conceitos envolvidos na mesma (GQ em serviços médico-hospitalares, Acreditação, ONA)	O pesquisador realizou, mensalmente, palestras junto aos profissionais da Unidade A sobre: GQ em serviços médico-hospitalares, Acreditação e ONA. Também ocorreram palestras para informar os profissionais da instituição a respeito do andamento das atividades da pesquisa-ação e das melhorias que estavam sendo inseridas.
Centralizar as informações provenientes de diversas fontes e grupos	As informações coletadas foram centralizadas na figura do pesquisador.
Elaborar as interpretações	As informações coletadas pelo pesquisador deveriam ser analisadas, conjuntamente, com o Comitê de pesquisa-ação, visando identificar oportunidades de melhoria e discutir ações.
Buscar soluções e definir diretrizes de ação	Uma vez identificadas as oportunidades de melhoria, os líderes de setor deveriam se reunir com os profissionais de seu respectivo setor para discutir possíveis soluções e obter a contribuição parcial destes. Assim, todos os profissionais poderiam sugerir soluções e ações de melhoria, sentindo-se mais envolvidos no processo de implantação.
Implantar as Ações de Melhoria pertinentes	Depois de debatidas as possíveis soluções tanto entre o pesquisador e o Comitê quanto entre os Chefes de Setor e os profissionais, seriam implantadas as soluções pertinentes. A implantação seria seguida de treinamentos e palestras informativas ministradas pelo pesquisador para os chefes de setor e destes para os profissionais de seu respectivo setor.
Acompanhar e avaliar as ações	O desempenho das ações de melhoria implementadas seria avaliado a partir da percepção dos profissionais e, se possível, por meio de indicadores.
Divulgar os resultados pelos canais apropriados	A divulgação dos resultados da pesquisa-ação e das ações implementadas deveria ocorrer por meio de palestras informativas realizadas pelo pesquisador junto aos profissionais da Unidade.

**QUADRO 7.1. Tarefas acordadas na Etapa Preliminar e suas respectivas formas de execução**

Por fim, para divulgar a pesquisa-ação, disseminar seus conceitos fundamentais e seus propósitos, foram realizadas, durante o primeiro mês, palestras com todos os profissionais da Unidade, como, os médicos do Corpo Clínico, os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, as recepcionistas, a Alta Administração e profissionais de outros serviços, como Faturamento, Compras, Laboratório, Farmácia, Almoxarifado e Controle de Infecção Hospitalar.

## **7.2 Tratamento de Dados**

A etapa de Tratamento de Dados, que consta nesta Dissertação, reúne as etapas de Coleta, Análise e Disponibilização de Dados, propostas por Coughlan e Coughlan (2002). A realização de cada uma delas pela pesquisa-ação conduzida na Unidade A é descrita neste sub-capítulo.

### **7.2.1 Coleta de Dados**

Em visitas periódicas à Unidade (três dias por semana, no período de 21/06 a 06/12), o pesquisador realizou um levantamento dos requisitos do Manual de Acreditação da ONA não contemplados pela sistemática de gestão da Unidade A. Foram percorridos todos os setores da Unidade para observação da rotina de trabalho dos profissionais e para identificação das necessidades de adequação da sistemática de gestão. Observou-se, ainda, a existência de gerenciamento de riscos e eventos adversos e a sistemática de capacitação dos profissionais.

Além disso, foram consultados registros e documentos formais como: registros de indicadores de desempenho, atas de reuniões, cronogramas, procedimentos documentos, mapas de fluxo dos atendimentos, escalas dos profissionais, notificações de eventos adversos, registros dos programas de capacitação ministrados, etc.).

Além da observação, o pesquisador realizou conversas informais com profissionais de cada setor. Tais conversas informais ocorreram durante o expediente de trabalho dos profissionais e possibilitaram a obtenção de informações referentes à percepção

da compatibilidade entre a equipe de enfermagem e a demanda atendida e à percepção sobre a estrutura disponível para os atendimentos (equipamentos, leitos, instalação física, instrumentos, etc.).

### 7.2.2 Disponibilização dos Dados

Nesta etapa foram realizadas reuniões e palestras, visando transmitir os dados coletados inicialmente pelo pesquisador, facilitar discussões sobre melhorias, registros, documentações e ações a serem implantadas, além de refletir acerca das necessidades de adequação da sistemática de gestão ao Sistema de Gestão da ONA nível Acreditação Plena.

Para a realização dessa etapa, foi necessário que o pesquisador executasse algumas tarefas, as quais são apresentadas no quadro 7.2.

<b>Tarefas realizadas pelo pesquisador durante a Etapa de Disponibilização de Dados</b>	<b>O que foi realizado para o cumprimento da tarefa</b>
Disponibilizar, aos profissionais, conhecimentos de ordem teórica e prática para facilitar a discussão dos problemas e a compreensão de conceitos fundamentais explorados pela pesquisa-ação.	Transmitir aos profissionais, por meio de material didático e palestras, conhecimentos sobre a GQ em serviços médico-hospitalares, Acreditação, sistemática de gestão da ONA para facilitar a discussão dos problemas e a compreensão de conceitos fundamentais explorados pela pesquisa-ação.
Registrar as informações coletadas e os relatórios de síntese.	Reunir todas as informações relacionadas às práticas da gestão geral da Unidade já realizadas internamente.
Realizar palestras sobre as necessidades de adequação observadas durante a Etapa de Coleta de Dados	O pesquisador realizou uma palestra explicativa na qual expôs, ao Comitê, um panorama sobre as necessidades de adequação observadas durante a realização da etapa de coleta.

**QUADRO 7.2. Tarefas do pesquisador na Etapa de Disponibilização de Dados e suas formas de execução**

### 7.2.3 Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados conjuntamente, a partir de reuniões, com o Comitê da pesquisa-ação. Nessas reuniões foram constatadas as oportunidades de melhoria e as necessidades de adequação da sistemática de gestão da Unidade aos requisitos do Manual de Acreditação da ONA. De modo geral, constatou-se que gestão da Unidade apresentava deficiências em termos da compatibilização com os requisitos do Sistema de Gestão da ONA.

As necessidades de adequação definidas pela pesquisa-ação (pesquisador e Comitê) foram:

- Processos não-identificados e não documentados;
- Fluxos dos processos não identificados e não documentados;
- Procedimentos não documentados e não padronizados;
- Gestão de Riscos inexistente;
- Inexistência de indicadores de desempenho dos processos

Uma vez definidas as necessidades de adequação, cada membro do Comitê se responsabilizou por disseminá-las aos profissionais de seu respectivo setor. Assim, as iniciativas da pesquisa-ação eram comunicadas a todos os profissionais, de modo que estes poderiam participar da mesma, propondo sugestões de solução para as oportunidades de melhoria identificadas pela pesquisa-ação.

Na Etapa de Análise dos Dados, foram definidas, ainda, as primeiras iniciativas a serem implementadas: determinação dos processos críticos, elaboração do mapeamento dos macrofluxos desses processos e documentação dos procedimentos operacionais. A figura 7.1 ilustra, esquematicamente, o cenário inicial observado pelo pesquisador e delinea a situação final pretendida pela pesquisa-ação após o seu término.

De acordo com a figura 7.1, foram previstas ações a serem realizadas em diferentes horizontes de tempo. A limitação referente ao horizonte de tempo de duração da pesquisa-ação (seis meses) tornou possível apenas a realização de parte dessas ações. De modo geral, as iniciativas implementadas pela pesquisa-ação concentraram-se mais nas ações de curto e médio prazo. Já as ações de longo, devido ao maior horizonte de tempo que demandavam para implantação, ficaram em um segundo plano e suas realizações devem ficar sob responsabilidade dos profissionais da Unidade A, ou de futuros pesquisadores.

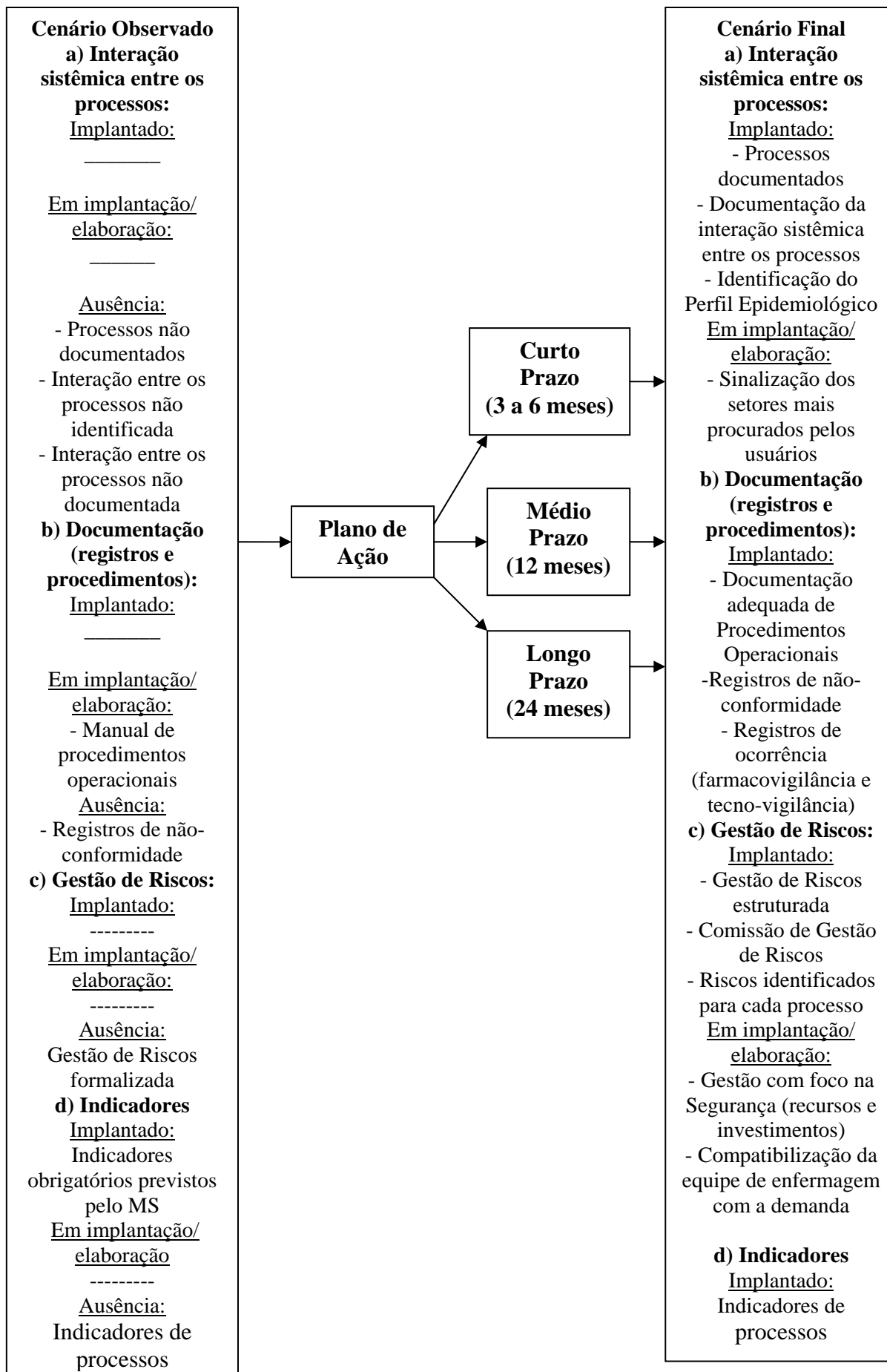


FIGURA 7.1. Cenário inicial observado pela pesquisa-ação e Situação final pretendida

### 7.3 Plano de Ação

As oportunidades de melhoria e necessidades de adequação aos requisitos de Acreditação da ONA, identificadas nas etapas anteriores e retratadas na figura 7.1, resultaram em planos de ação definidos em reuniões com o Comitê. Em tais reuniões foi realizado um *brainstorming* com os participantes. Também foram avaliadas as sugestões dadas pelos demais profissionais nas etapas anteriores.

Foi definido que, para se atingir a situação final delineada na figura 7.1, seria necessária a tomada das seguintes ações, em termos de curto, médio e longo prazo:

**Ações de Curto Prazo:** definiram-se como ações a serem implementadas em um curto prazo, isto é, em um período de três a seis meses. Tornaram-se o principal foco de atenção da pesquisa-ação em razão do curto horizonte de tempo existente para realização deste método de pesquisa (seis meses). Cerca de 89% das ações de curto prazo previstas foram implementadas. As ações definidas como de curto prazo são, ao todo, dezenove:

**a) Quanto à Interação Sistêmica entre os processos:**

- Preenchimento do campo “CID-10” (Classificação Internacional de Doenças 2010) existente nas Fichas de Atendimento a fim de determinar os processos mais solicitados;
- Realização de levantamento mensal referente ao número de atendimentos prestados, estratificando-o de acordo com os tipos de doenças apresentados pelos usuários da Unidade. Com isso, torna-se possível a identificação dos processos mais solicitados;
- Determinação do Perfil Epidemiológico da Unidade A;
- Identificação e documentação dos processos existentes na Unidade A;
- Identificação dos processos críticos da Unidade A;
- Identificação e documentação da interação existente entre os processos da Unidade A, contendo o fluxo referente a tal interação;
- Identificação e documentação das relações fornecedor interno-cliente interno entre os setores da Unidade A;
- Desdobramento dos processos críticos em micro-processos e atividades, documentando-o.

**b) Quanto à Documentação de Procedimentos:**

- Adequar *layout* da documentação dos procedimentos operacionais em favor de um *layout* mais prático, usual e de fácil compreensão;
- Implantar registro de não-conformidade para as atividades de Enfermagem;

- Implantar Regimento Interno da Unidade A.

**c) Quanto à Estruturação da Gestão de Riscos:**

- Identificação dos riscos profissionais inerentes aos processos críticos da Unidade;
- Implantar dispositivos de Gestão à vista (pulseiras coloridas de identificação de risco para cada usuário, entre outros) para os riscos críticos;
- Elaborar Protocolos de Prevenção aos Riscos mais críticos e frequentes;
- Elaborar registros de eventos adversos de Farmacovigilância (reações adversas de medicamento no usuário, inefetividade terapêutica do medicamento administrado ao usuário, queixa técnica sobre medicamentos);
- Elaborar registros de eventos adversos de Tecnovigilância (queixas técnicas sobre equipamentos, materiais de uso médico, materiais de uso laboratorial, etc.);
- Realização de palestras de conscientização sobre Riscos, Farmacovigilância e Tecnovigilância.
- Implantação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco e Referência

**d) Quanto a Indicadores:**

- Definir um conjunto de indicadores de desempenho para cada processo crítico da Unidade A.

**Ações de Médio Prazo:** definiram-se como ações a serem implementadas em um médio prazo, isto é, em um período de doze meses. Apesar de o horizonte de tempo para implementação dessas ações ser superior ao tempo de duração previsto para a pesquisa-ação, foi possível a realização de parte delas, apenas quatro das dezoito ações ou 22%. As ações de médio prazo são, ao todo, dezoito:

**a) Quanto à Interação Sistêmica entre os processos:**

- Desdobramento dos demais processos da Unidade A em micro-processos e em atividades;
- Sinalização, via placas, dos setores mais procurados pelos usuários durante o atendimento (considerada ação de médio prazo devido à indisponibilidade financeira da Unidade);
- Compatibilizar o número de profissionais de enfermagem e de farmácia com a demanda da Unidade A.

**b) Quanto à Documentação de Procedimentos:**

- Implantar Manual de Procedimentos Operacionais;
- Capacitação dos profissionais da Unidade A segundo os procedimentos do Manual para que estes sejam efetivamente aplicados durante o atendimento prestado aos usuários.

**c) Quanto à Gestão de Riscos:**

- Implantação dos Protocolos de Prevenção de Riscos;
- Capacitação dos profissionais nos procedimentos dos Protocolos de Prevenção de Riscos;
- Formação de uma Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos;
- Divulgação da Gestão de Riscos em aulas e eventos internos;
- Realização de levantamentos mensais sobre os eventos adversos ocorridos;
- Identificação e documentação dos riscos (profissionais, assistenciais, ambientais, clínicos, institucionais) inerentes aos demais processos da Unidade A;
- Identificação dos demais riscos (assistenciais, ambientais, clínicos, institucionais) inerentes aos processos críticos da Unidade A.

**d) Quanto a Indicadores:**

- Implantação de indicadores de desempenho propostos aos processos críticos da Unidade A;
- Aumento do número de indicadores referentes aos processos críticos;
- Proposição de indicadores aos demais processos da Unidade A;
- Implantação de indicadores de desempenho dos demais processos da Unidade;
- Realização de Análise Crítica setorial para tratamento imediato da não-conformidade ocorrida, apurando-se as causas e orientando corretamente os profissionais responsáveis pela não-conformidade;
- Fundamentar capacitação ministrada pela Educação Continuada segundo os indicadores implantados.

**Ações de Longo Prazo:** definiram-se como ações a serem implementadas em longo prazo, isto é, em um período de vinte e quatro meses. São ações basicamente relacionadas à consolidação das ações de curto e médio prazo. Em razão do descompasso



existente entre o tempo estimado para implantação das ações de longo prazo e o tempo de duração previsto para a pesquisa-ação, estas não foram realizadas, ficando, futuramente, sob responsabilidade dos profissionais da Unidade A ou de futuros pesquisadores que venham a assumir a pesquisa. Foram programadas onze ações de longo prazo:

**a) Quanto à Interação Sistêmica entre os processos:**

- Identificação e documentação da interação sistêmica e dos processos, micro-processos e atividades para o caso agregação de outros serviços de atendimento à Unidade A (Cirurgia, Terapia Intensiva, Banco de Sangue, etc.).

**b) Quanto à Documentação de Procedimentos:**

- Documentação dos procedimentos operacionais referentes a outros serviços que forem agregados à Unidade A, como: Cirurgia e Terapia Intensiva.

**c) Quanto à Gestão de Riscos:**

- Realização de reuniões de Análise Crítica para tratamento dos números relativos aos eventos adversos levantados no mês anterior;

- Reuniões sistemáticas para tratamento imediato do evento adverso ocorrido;

- Palestras de conscientização dos profissionais sobre a importância da notificação voluntária da ocorrência de eventos adversos pelos profissionais;

- Distribuição de premiações aos profissionais com maior número de notificações realizadas e de cartas de agradecimentos sobre a notificação relatando o desfecho do caso;

- Publicação periódica de boletins informativos, cartilhas, alertas e informações sobre o uso seguro dos produtos de Saúde utilizados na Unidade A;

- Gestão administrativa e financeira da Unidade focada na Segurança ao usuário em termos de recursos e de aplicação dos investimentos.

**d) Quanto a Indicadores:**

- Consolidação da Gestão baseada em Evidências;

- Análise Crítica mensal dos principais indicadores de cada setor da Unidade A para tratamento de não-conformidades e dos resultados que se mostrarem insatisfatórios;

- Comparação dos indicadores hospitalares gerais da Unidade A (taxa de mortalidade, resolubilidade, etc.) com referenciais de Unidades de Serviços Médico-

Hospitalares de Referência (Hospital Albert Einstein, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital São Luiz, Hospital Sírio Libanês, Hospital Moinho de Vento e Mãe de Deus).

As ações de curto, médio e longo prazo discutidas na Etapa de Análise dos Dados foram reunidas e resultaram em três Planos de Ação, os quais foram, posteriormente, detalhados e elaborados pelo pesquisador. Cada um deles, foi submetido à aprovação final pelo Comitê antes de ser implantado. O Comitê analisou, criticamente, os três Planos de Ação, validou-os, definiu prazos, responsáveis e realizou eventuais adequações naqueles que não se mostraram condizentes com a realidade dos processos da Unidade. Os três Planos de Ação são apresentados no quadro 7.3.

<b>Planos de Ação</b>	<b>Denominação</b>	<b>Objetivos do Plano</b>	<b>Cronograma (início e fim) previsto para o Plano de Ação</b>
<b>Plano de Ação I</b>	Mapeamento, Análise e Melhoria de Processos e Procedimentos	Definição dos macrofluxos dos atendimentos mais frequentes; Determinação dos processos críticos da Unidade A; Elaboração e Implantação de procedimentos documentados e registros.	Julho-Agosto/2010
<b>Plano de Ação II</b>	Mapeamento, Análise e Tratamento de Riscos e Eventos Adversos	Implantação de uma sistemática de Gestão de Riscos na Unidade A	Setembro-Outubro/2010
<b>Plano de Ação III</b>	Concepção e Implantação de Indicadores de Desempenho	Criação e Implantação de indicadores desempenho aos processos críticos da Unidade A.	Outubro-Novembro/2010

**QUADRO 7.3. Planos de Ação da pesquisa-ação, seus objetivos principais e os meses de suas realizações**

O Plano de Ação I, Mapeamento, Análise e Melhoria de Processos e Procedimentos (Documentação), buscou, basicamente, identificar e mapear os processos críticos do hospital e, ainda, mapear o fluxo dos atendimentos prestados, elaborar procedimentos documentados a fim de padronizar os procedimentos. O Plano de Ação I foi realizado conforme a sequência de passos:

1) Consultar dados internos do hospital referentes aos atendimentos prestados por mês em termos de quantidade e tipo. Com isso, será determinado o perfil de atendimento realizado pela Unidade A.

- 2) Determinar os Processos Críticos do hospital.
- 3) Elaborar o mapeamento de fluxo dos processos críticos (Macrofluxos);
  - 3.1) Desdobrar os processos críticos em micro-processos e em atividades;
- 4) Aprovar a compatibilidade/adequação entre o processo real e o mapeado.
- 5) Analisar o desempenho dos processos, os problemas e as causas;
  - 5.1) Planejar ações de melhoria nos processos.
- 6) Checar a existência de protocolos, POPs, registros para cada processo.
- 7) Caso se verifiquem processos sem padronização e não-documentados:
  - 7.1) Reunir o Comitê e informá-lo sobre a necessidade de padronização/documentação para o processo;
  - 7.2) Realizar com o Comitê um *brainstorming* para definir o melhor modo de como o processo/ procedimento deve ser padronizado;
  - 7.3) Membros do Comitê, cada um em seu setor, informam os subordinados sobre os novos protocolos e explica como devem ser seguidos.
- 8) Treinar os profissionais e Implantar os novos protocolos.
- 9) Analisar a eficiência e a eficácia dos protocolos recém-implantados.

O Plano de Ação II, Mapeamento, Análise e Tratamento de Riscos e Eventos Adversos, buscou, fundamentalmente, implantar o Gerenciamento de Riscos na Unidade. Para isso, foram mapeados os riscos envolvidos em cada processo crítico da Unidade A foram definidos procedimentos documentos de prevenção desses riscos e foram implantadas fichas de Notificação de Eventos Adversos. O Plano de Ação II foi realizado conforme a sequência de passos:

- 1) Reunir e realizar palestra de esclarecimento, para o Comitê, sobre os conceitos envolvidos na Gestão de Riscos, os tipos de risco existentes, riscos mais recorrentes, eventos adversos, notificação de riscos, etc.
- 2) Elaborar o mapeamento de riscos dos processos críticos:
  - 2.1) Os setores do hospital envolvidos no processos críticos, por meio de seus respectivos chefes auxiliados pelos demais profissionais que compõem o setor e pelo Comitê, identificam os diferentes riscos aos quais estão sujeitos os processos críticos;
  - 2.2) Avaliar a gravidade dos riscos identificados por meio da matriz Gravidade x Frequência;
  - 2.3) Determinar os riscos de maior prioridade (riscos críticos);

2.4) Cada setor envolvido nos processos críticos, por meio de seus chefes e demais profissionais, propõem medidas (planos de ação) para prevenção dos riscos críticos.

3) Elaborar, para cada risco priorizado, protocolos com procedimentos de prevenção à ocorrência dos riscos.

4) Treinar e Implantar os profissionais e os protocolos, respectivamente.

5) Elaborar Ficha de Notificação de Eventos Adversos:

5.1) Relatar na Ficha: o incidente ocorrido, o setor, o responsável, as causas e ação corretiva.

6) Implantar e Treinar, respectivamente, a Ficha de Notificação de Eventos Adversos e os profissionais no preenchimento desta.

7) Monitorar/Avaliar, periodicamente, os eventos adversos ocorridos:

7.1) Realizar Auditorias Internas nos setores.

7.2) Realizar auto-avaliações em cada setor.

7.3) Reunir o Comitê para apuração dos eventos adversos: fontes das falhas, causas, ações corretivas tomadas logo após a ocorrência do evento adverso, necessidades de reforço de treinamento e/ou alteração de protocolos, etc.

8) Implementar as ações de melhoria definidas na reunião de Análise Crítica de Eventos Adversos

9) Dar um retorno ao profissional/Setor notificador do evento:

9.1) Enviar carta de agradecimento ao profissional que notificou o evento contendo informações sobre o desfecho do caso e as providências tomadas.

O Plano de Ação III, Concepção e Implantação de Indicadores de Desempenho, visou associar indicadores a cada risco mapeado pelo Plano de Ação II. Foram criados, também, registros para tais indicadores, bem como uma sistemática para Análise Crítica destes. O Plano de Ação III foi executado conforme a seqüência de passos:

1) Associar, para cada risco crítico, um indicador que monitore sua ocorrência. O indicador associado deve ser: claro (fácil entendimento), prático (simples de ser aplicado), útil (relacionado a um propósito bem definido), viável e confiável (à prova de falhas na medição).

2) Criar um Sistema de registros com procedimentos especificados para coleta dos dados e geração de relatórios para os indicadores estabelecidos. Nos registros deve-se:

2.1) Especificar o nome do indicador;

2.2) Definir o indicador;

2.3) Especificar a forma de cálculo (fórmula);

- 2.4) Especificar a frequência de apuração;
- 2.5) Especificar a origem dos dados para cálculo do indicador;
- 2.6) Especificar o responsável pelo cálculo;
- 2.7) Especificar o referencial comparativo;
- 2.8) Especificar os usuários do indicador;
- 2.9) Especificar o local de apresentação do registro.
- 3) Implantar o Sistema de registro dos indicadores estabelecidos.
- 4) Implantar os indicadores.
- 5) Medir, periodicamente, os indicadores implantados.
- 6) Apresentar, periodicamente, os indicadores medidos em: reuniões, murais, relatórios.
- 7) Avaliar criticamente, por meio de reuniões, os indicadores medidos em cada setor:
  - 7.1) Em caso de não-conformidade, apuram-se as causas e definem-se ações corretivas/ de melhoria.

A implantação de tais Planos de Ação possibilita atingir os principais objetivos da pesquisa-ação: adequar a sistemática de gestão da Unidade A ao Sistema de Gestão da ONA conforme o nível de Acreditação Plena, bem como propor uma sequência de etapas para implantação da Acreditação Hospitalar em Unidades de Serviços Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte.

#### **7.4 Implementação**

Este tópico descreve o processo de implantação de cada um dos três Planos de Ação elaborados pela pesquisa-ação, são descritas, também, as medidas e ações de melhoria propostas e aplicadas. Além disso, relata a sistemática de implantação seguida em cada Plano de Ação.

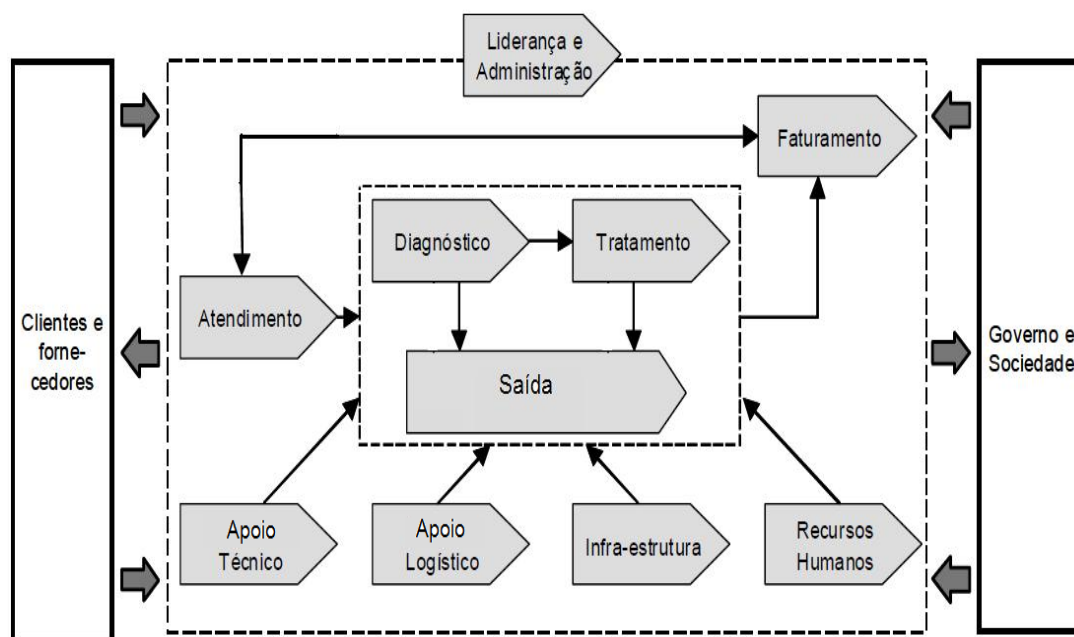
## **7.4.1 Plano de Ação I: Mapeamento, Análise e Melhoria de Processos e Procedimentos (Documentação)**

### **7.4.1.1 Determinação e Mapeamento dos macro-processos críticos**

Os macroprocessos críticos da Unidade A foram identificados a partir da determinação de seu Perfil Epidemiológico, isto é, dos tipos de patologia mais atendidos pela Unidade. Para determinar o Perfil Epidemiológico, a pesquisa-ação classificou os quadros clínicos dos usuários atendidos pela instituição segundo o CID (Classificação Internacional de Doenças), vez que a Unidade A ainda não realizava este tipo de levantamento.

Assim sendo, foi incluído, nas Fichas de Atendimento, o campo “CID” que deveria ser preenchido pelos médicos logo após as consultas. Dessa forma, transcorrido o primeiro mês da pesquisa-ação e, conseqüentemente, da realização desse levantamento, constatou-se que 68% das patologias atendidas na Unidade A são doenças respiratórias, especialmente, pneumonias e DPOCs (Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas) como bronquites e enfisemas. A partir desse dado, foi possível identificar dez macro-processos e seus respectivos fluxos, conforme retratado na figura 7.2.

Dos dez macro-processos identificados, três foram considerados pela pesquisa-ação como sendo críticos para a assistência prestada a usuários com doenças respiratórias: Diagnóstico, Tratamento e Saída. O macro-processo Tratamento é constituído por microprocessos relativos a todas as formas de tratamento clínico e fisioterápico. Os fornecedores deste macroprocesso são: a farmácia, a emergência, a internação e assistência psicológica.



**FIGURA 7.2. Macroprocessos da Unidade A e o Macro-fluxo associado**

O macroprocesso Diagnóstico depende do desempenho dos micro-processos ligados ao laboratório de microbiologia, à radiologia, à ultrassonografia e à tomografia, bem como à proficiência dos médicos e da equipe de enfermagem em observações e monitoramento de processos fisiológicos dos usuários internados. Os principais fornecedores deste macroprocesso são: laboratório e rádio-imagem (raio-x, ultra-som e tomografia).

No macroprocesso Saída, os microprocessos envolvidos referem-se ao preparo da alta, da alta propriamente dita, o seguimento ambulatorial e de controle. São microprocessos ligados ao Acolhimento Domiciliar, à Enfermagem e, em caso de óbito, ligados, também, ao Morgue, onde é realizada a necropsia (patologia clínica, citologia, histologia), buscando identificar a presença de microorganismos em tecidos e órgãos, no intuito de esclarecer diagnósticos e defini-los, assim como liberar o corpo e os documentos o mais rápido possível. Os fornecedores deste macroprocesso são os microprocessos envolvidos em Tratamento e Diagnóstico. O macroprocesso Faturamento é o cliente interno de Saída.

No Quadro 7.4, os processos críticos são expressos em termos de seus respectivos fornecedores, dos insumos que recebem, dos produtos resultantes e dos clientes (usuários e clientes internos).

<b>Fornecedores</b>	<b>Insumos Fornecidos</b>	<b>Macroprocessos Críticos</b>	<b>Produtos</b>	<b>Clientes</b>
- Laboratório (microbiologia)	Amostras	Diagnóstico	- Resultados de exames - Testes	- Médicos - Enfermagem - Usuários
- Radio-Imagem (raio-x, ultrassom e tomografia)	Equipamentos, filmes, contrastes		- Laudos Escritos	- Controle de Infecção Hospitalar
- Fisioterapia (respiratória, esquelética e muscular)	Equipamentos, géis, exames	Tratamento	Assistência	Usuários da Unidade
- Farmácia	Medicamentos			
- Emergência	-----			
- Internação	-----			
- Assistência Psicológica	Consultas			
- Enfermagem - Acolhimento Domiciliar	Informações	Saída (Alta, Transferência, Óbito)	- Prontuário completo - Encaminhamentos	- Usuários - Médicos - SUS
- Morgue			- Cadáveres - Amostras para necropsia	- Controle de Infecção Hospitalar - Faturamento - Contabilidade

**QUADRO 7.4. Macroprocessos Críticos identificados e seus fornecedores, insumos, produtos e clientes**

Os sete demais macroprocessos não foram considerados críticos por se tratarem de macroprocessos que suportam os macroprocessos críticos da Unidade, isto é, que fornecem condições e subsídios necessários ao funcionamento dos macroprocessos críticos. Os sete macroprocessos de suporte são: Atendimento, Liderança & Administração, Faturamento, Apoio Logístico, Apoio Técnico, Recursos Humanos e Infra-Estrutura.

O macroprocesso Atendimento capta as informações iniciais sobre o usuário da Unidade, realizando seu cadastro, emitindo sua ficha de atendimento e coletando informações progressivas, de hábitos de vida, sinais vitais e sintomas que são fornecidas pelo próprio usuário e por seus familiares. Dessa forma, o Atendimento efetua uma triagem inicial de cada usuário. As informações dessa triagem inicial realizada pelo Atendimento irão subsidiar as atividades dos macroprocessos críticos, pois facilitam o levantamento de hipóteses diagnósticas e auxiliam a orientar a necessidade de exames, de tratamento, intervenções e, até mesmo, uma previsão sobre o tempo de internação.



A eficiência no macroprocesso de Atendimento é demonstrada pela quantidade e qualidade das informações recolhidas nos primeiros atendimentos ao cliente externo, de modo a produzir em um menor tempo possível, hipóteses diagnósticas levantadas pelo macroprocesso Tratamento e que orientam as primeiras solicitações de exames diagnósticos e as observações.

O macroprocesso Faturamento é constituído por microprocessos referentes ao Arquivamento e Controle de prontuários, e à Fatura de exames e das fichas de atendimento dos usuários. Os macroprocessos não-críticos, as funções destes, seus respectivos microprocessos e os setores da Unidade envolvidos são mostrados no quadro 7.5.

<b>Macroprocesso</b>	<b>Função do macroprocesso</b>	<b>Microprocessos associados</b>	<b>Setores envolvidos no macroprocesso</b>
Atendimento	Coletar informações sobre os usuários referentes à hábitos de vida, sintomas, sinais vitais, visando subsidiar os macroprocessos críticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadastro do usuário</li> <li>- Emissão de Ficha de Atendimento</li> <li>- Triagem Inicial</li> <li>- Abertura de Prontuários</li> </ul>	- Recepção
Liderança & Administração	Realizar a governança da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão do quadro de profissionais</li> <li>- Gestão de recursos administrativos e financeiros</li> <li>- Gestão de Materiais e Suprimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diretoria Técnica</li> <li>- Diretoria Administrativa</li> <li>- Diretoria Financeira</li> </ul>

**QUADRO 7.5. Macroprocessos não-críticos, suas funções, microprocessos e setores correspondentes (Continua)**

<b>Macroprocesso</b>	<b>Função do macroprocesso</b>	<b>Microprocessos associados</b>	<b>Setores envolvidos no macroprocesso</b>
Faturamento	Gerenciar dados referentes aos atendimentos prestados e exames realizados, ambos derivados das atividades da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arquivamento e Controle de prontuários</li> <li>- Fatura de exames</li> <li>- Fatura das fichas de Atendimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faturamento</li> <li>- Contabilidade</li> </ul>
Apoio Logístico	Garantir o abastecimento e suporte logístico à Unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processamento de Materiais e Esterilização</li> <li>- Gestão de materiais e suprimentos</li> <li>- Higienização dos setores</li> <li>- Gestão da Segurança</li> <li>- Gestão de Resíduos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Central de Materiais e Esterilização</li> <li>- Compras</li> <li>- Almoxarifado</li> <li>- Lactário</li> <li>- Limpeza</li> </ul>
Apoio Técnico	Assessorar os setores da Unidade sob a perspectiva técnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão da Informação</li> <li>- Gestão de equipamentos e da tecnologia médico-hospitalar</li> <li>- Prevenção e Controle de Infecções e eventos adversos</li> <li>- Segurança e Saúde Ocupacional</li> <li>- Assistência laboratorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle de Infecção Hospitalar</li> <li>- Laboratório de microbiologia</li> </ul>
Recursos Humanos	Selecionar profissionais capacitados e com as características demandadas pela Unidade e Gerenciar e coordenar a rotina de atividades dos profissionais de cada setor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de currículos</li> <li>- Contratação de profissionais</li> <li>- Dispensa de profissionais</li> <li>- Gestão das atividades rotineiras do setor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos Humanos</li> <li>- Gerência de Enfermagem</li> <li>- Gerência de Farmácia</li> <li>- Diretoria Clínica</li> </ul>
Infra-Estrutura	Realizar a gestão e a manutenção da infraestrutura da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão do projeto físico</li> <li>- Gestão da estrutura físico-funcional</li> <li>- Gestão da Manutenção Predial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diretoria Administrativa</li> <li>- Manutenção</li> </ul>

**QUADRO 7.5. Macroprocessos não-críticos, suas funções, microprocessos e setores correspondentes**

#### 7.4.1.2 Desdobramento dos macroprocessos críticos em microprocessos e em atividades

Os macroprocessos da Unidade A foram desdobrados em microprocessos e, posteriormente, em suas respectivas atividades, conforme pode ser observado no quadro 7.6. As atividades identificadas no quadro referem-se à assistência prestada a usuários com doenças respiratórias (pneumonias, bronquites e enfisemas), por serem estas as mais atendidas pela Unidade.

Macroprocessos Críticos	Microprocessos	Atividades
Tratamento	Consulta Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar informações da ficha de atendimento do usuário.</li> <li>- Confirmar as informações com o usuário               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar usuário</li> </ul> </li> <li>- Elaborar prescrição médica</li> <li>- Solicitar exame de imagem</li> <li>- Orientar usuário quanto ao tratamento</li> <li>- Enviar prescrição médica à Enfermagem               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enviar solicitação à Radiologia</li> </ul> </li> <li>- Receber exame de imagem               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir diagnóstico</li> <li>- Laudar exame</li> </ul> </li> <li>- Se: Alta ou Transferência: elaborar relatório de alta comunicar Enfermagem               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se: Internação: comunicar Enfermagem monitorar evolução do quadro clínico do usuário</li> </ul> </li> </ul>

**QUADRO 7.6. Macro-processos críticos da Unidade A desdobrados em microprocessos e atividades (Continua)**

<b>Macroprocessos Críticos</b>	<b>Microprocessos</b>	<b>Atividades</b>
Tratamento	Assistência de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar prescrição médica</li> <li>- Requisitar medicamento à Farmácia <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediar usuário</li> <li>- Manter usuário em observação por 30 minutos</li> </ul> </li> <li>- Encaminhar usuário para a Radiologia</li> <li>- Se: Alta ou Transferência: orientar usuário sobre a continuidade do tratamento encaminhar usuário ao AD</li> <li>- Se: Internação: comunicar Faturamento internar usuário monitorar processos fisiológicos do paciente</li> </ul>
	Assistência de Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar prescrição médica</li> <li>- Providenciar medicamento solicitado</li> <li>- Unitarizar medicamentos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilizar medicamento solicitado</li> </ul> </li> <li>- Dar baixa no Sistema de Controle de Estoque</li> <li>- Elaborar relatório de saída de medicamentos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aferir medida de produtividade</li> </ul> </li> <li>- Monitorar nível de estoque</li> <li>- Conferir medicamentos dos carrinhos de emergência da Enfermagem <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acondicionar medicamentos com prazo de validade expirado</li> </ul> </li> <li>- Controlar temperatura de refrigeração dos medicamentos termolábeis</li> <li>- Registrar prescrições de medicamentos psicotrópicos em Livro de Controle de Prescrições</li> </ul>

**QUADRO 7.6. Macroprocessos críticos da Unidade A desdobrados em microprocessos e atividades (Continua)**

<b>Macroprocessos Críticos</b>	<b>Microprocessos</b>	<b>Atividades</b>
Diagnóstico	Diagnóstico Laboratorial	Não considerado crítico
	Diagnóstico por Imagem	- Analisar solicitação de exame de imagem (EI) - Preparar usuário para o EI - Realizar o EI - Revelar EI - Encaminhar EI e usuário de volta ao médico - Digitalizar laudo médico
Saída	Alta	- Receber Relatório de Alta - Comunicar Faturamento Se: alta pós-internação: - Contatar família e acompanhar usuário até a saída
	Transferência	- Receber Relatório de Alta - Solicitar vaga para internação do usuário à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município - Comunicar transferência ao Faturamento - Remover usuário
	Óbito	- Encaminhar corpo ao Morgue - Comunicar família e Faturamento - Emitir ficha de óbito - Liberar corpo

**QUADRO 7.6. Macroprocessos críticos da Unidade A desdobrados em microprocessos e atividades**

Conforme o quadro 7.6, o macroprocesso Tratamento é formado pela interação entre três microprocessos: Consulta Médica, Assistência de Enfermagem e Assistência de Farmácia. Os usuários que chegam à Unidade são cadastrados, tem a ficha de atendimento ambulatorial emitida e são triados pelo macroprocesso Atendimento. A seguir, são repassados para o macroprocesso Tratamento, no qual são submetidos à Consulta Médica e à Assistência de Enfermagem. Este, por sua vez, para ser operacionalizado, depende das atividades inerentes ao microprocesso de Assistência de Farmácia.

Consulta Médica envolve um conjunto de atividades inerentes à sua realização.

Tais atividades são:

- Analisar informações da ficha de atendimento ambulatorial do usuário: o médico recebe, do macroprocesso Atendimento, a ficha de atendimento ambulatorial do usuário que será submetido à consulta médica. O médico

analisa as informações que foram anotadas na ficha a fim de tomar ciência dos sintomas e da situação clínica do usuário;

- Confirmar informações com o usuário: as informações são confirmadas pelo médico com o próprio usuário ou os acompanhantes deste a fim de verificar se tais informações condizem com a realidade. Nesta atividade, o médico realiza questionamentos complementares, se julgar necessário obter alguma informação adicional, anotando a mesma na ficha;
- Examinar paciente: o médico examina clinicamente o usuário, aferindo-lhe sinais vitais como respiração, batimento cardíaco, irritação da garganta, pressão arterial, etc. Para casos de usuário com doença respiratória, são aferidas a respiração e a frequência pulmonar. Em suspeita de pneumonia, é realizada a ausculta pulmonar e a aferição da temperatura corpórea;
- Elaborar prescrição médica: a partir do diagnóstico observado no exame médico e de outras informações (ficha de atendimento, informações transmitidas pelo usuário ou seus familiares, informações do prontuário existente em razão de passagens anteriores do usuário pela Unidade A), o médico redige uma prescrição, na qual descreve o tratamento clínico que será aplicado ao usuário, especificando a medicação a ser aplicada, a frequência de aplicação, dosagem, método de aplicação, via de aplicação;
- Solicitar exame de imagem: em casos de doenças respiratórias agudas (pneumonia) ou de doenças pulmonares crônicas (bronquite e enfisemas), o médico redige uma solicitação de exame de imagem à Radiologia a fim de obter um diagnóstico mais preciso e fundamentado;
- Orientar usuário quanto ao tratamento prescrito: o médico realiza, ao usuário, uma sucinta explicação sobre o diagnóstico inicial observado, e sobre o tratamento clínico que será aplicado a ele pela equipe de Enfermagem;
- Enviar prescrição à Enfermagem: finalizada a consulta, a prescrição médica e o usuário são repassados aos cuidados da equipe de enfermagem em que se dará continuidade à assistência médica-hospitalar;
- Enviar solicitação de exame de imagem à Radiologia: finalizada a consulta, a solicitação de exame de imagem também é repassada, porém à Radiologia a qual se responsabilizará pela realização deste tipo de exame;

- Receber exame de imagem: uma vez realizado, pela Radiologia, o exame de imagem, o mesmo é repassado ao médico solicitante. Este, por sua vez, observa e analisa os resultados até obter um diagnóstico final mais preciso. Este é, então, comunicado ao usuário no mesmo dia;
- Definir diagnóstico: o médico analisa o exame de imagem recebido da Radiologia e define um diagnóstico final para o quadro clínico apresentado pelo usuário. Este diagnóstico é comunicado, no ato, pelo médico ao usuário;
- Laudar exame de imagem: o médico elabora, por escrito, um laudo para o exame de imagem que foi solicitado à Radiologia, descrevendo os resultados observados nesse exame e indicando o status de tais resultados como estando normal (exame não apresenta anomalias no organismo do usuário), ou anormal (exame apresenta anomalias no organismo do usuário). A seguir, o laudo é assinado e repassado ao Diagnóstico;
- Em caso de alta hospitalar do usuário ou transferência deste para outra Unidade de serviço médico-hospitalar: elaborar relatório de Alta Hospitalar (nesta atividade, o médico elabora o relatório de alta do usuário descrevendo o quadro clínico observado, o estado de saúde atual do usuário e todo tratamento que foi aplicado a ele); Comunicar Enfermagem: uma vez definida a transferência ou a alta do usuário, o médico contata (oralmente ou em comunicado por escrito) a Enfermagem que, posteriormente, se responsabilizará pelo macroprocesso Saída ao qual será submetido o usuário;
- Em caso de internação do usuário: o médico contata (oralmente, ou por escrito) a Enfermagem que se responsabilizará por realizar o próximo microprocesso de Tratamento, a Assistência de Enfermagem; Monitorar evolução do quadro clínico do usuário: o usuário internado tem, periodicamente, seus processos fisiológicos monitorados tanto por médicos, quanto pelos enfermeiros. À equipe médica cabe anotar as intervenções realizadas no tratamento do paciente (implantação de dreno, abertura de acesso venoso, passagem de sonda, etc.) e as justificativas das mesmas, também são descritas as evoluções do quadro clínico de saúde do usuário (melhorias, agravamentos, alterações no tratamento devido à

evolução: doses, medicamentos retirados, medicamentos acrescentados ao tratamento, etc.).

Uma vez encerrado o microprocesso Consulta Médica, os usuários são submetidos ao microprocesso de Assistência de Enfermagem, no qual todo o tratamento que foi prescrito, formalmente, em Consulta Médica, é aplicado pela equipe de enfermagem. A Assistência de Enfermagem, enquanto microprocesso, envolve as seguintes atividades:

- Executar prescrição médica: o enfermeiro avalia o tratamento que foi prescrito pelo médico para o usuário, observando se a medicação, sua forma de aplicação e sua dosagem estão adequadas e condizentes com o que a Unidade A dispõe, bem como se a prescrição está legível. Em caso de prescrição inadequada, a mesma é encaminhada à Gerência de Enfermagem, a qual define, junto ao médico, as alterações necessárias no que foi prescrito inicialmente;
- Requisitar medicamento à Farmácia: após receber a prescrição médica, o enfermeiro dirige-se ao setor de Farmácia a fim de solicitar e receber o medicamento que foi prescrito pelo médico;
- Mediar usuário: o enfermeiro prepara a medicação quanto à dosagem e ao modo de aplicação, a seguir, a medicação é administrada no usuário;
- Manter usuário em observação por 30 minutos: todo usuário medicado é mantido em observação na Enfermaria em cerca de 30 minutos, visando observar a reação do organismo do usuário ao medicamento administrado, possíveis os efeitos colaterais e reações adversas;
- Encaminhar usuário à Radiologia: o enfermeiro encaminha, se necessário, o usuário à Radiologia. Quadros clínicos caracterizados por pneumonias e enfisemas são repassados ao setor para realização de exame de imagem.
- Em caso de alta hospitalar do usuário ou transferência deste para outra Unidade de serviço médico-hospitalar: orientar usuário sobre a continuidade do tratamento: nesta atividade, o enfermeiro orienta o usuário em relação ao que deve ser feito pelo mesmo para dar continuidade ao tratamento em seu próprio domicílio, os cuidados que devem ser tomados, a periodicidade com que deve ser tomada a medicação, os procedimentos tomados em caso de efeitos colaterais, etc;encaminhar usuário ao setor de Acolhimento Domiciliar: uma vez definida, pelo Corpo Clínico, a



transferência ou a alta do usuário, e, ainda, se este necessitará manter tratamento médico especializado em seu domicílio, a enfermagem repassa o usuário ao setor de Acolhimento Domiciliar que, posteriormente, se responsabilizará pelo macroprocesso Saída ao qual será submetido o usuário;

- Em caso de internação do usuário: comunicar Faturamento: a internação é comunicada ao Faturamento para geração de Autorização de Internação. Esta se trata de um laudo sobre o atendimento prestado ao usuário, no qual se discriminam: sintomas, sinais vitais, medicações administradas e exames de imagem realizados; internar usuário: equipe de enfermagem providencia condições para a internação do usuário, como: disponibilização do leito, de roupas de cama, de vestuário, de equipamentos, da placa de identificação do nome do usuário do leito, etc. Além disso, a equipe informa a ocorrência da internação ao setor de faturamento. Uma vez ocorrendo a internação do usuário, a equipe de enfermagem, continuamente, realiza a atividade de monitorar os processos fisiológicos do usuário: diariamente, a cada período (manhã, tarde e noite), os usuários internados são monitorados quanto à pressão arterial, pulsação cardíaca, nível de oxigenação e nível de glicemia. Cada um desses dados é anotado no prontuário individual do usuário, no qual se anotam, também, os horários das eliminações fisiológicas (urina e excrementos), bem como todos os procedimentos aos quais o usuário é submetido durante seu tratamento.

A operacionalização de Assistência de Enfermagem está atrelada à interação do mesmo com outro microprocesso, o de Assistência de Farmácia. Este é constituído pelas seguintes atividades:

- Analisar prescrição médica: a prescrição médica é trazida pela enfermagem até o setor farmácia. Os profissionais deste setor, estudando a prescrição repassada pela enfermagem, observam: o medicamento solicitado, a quantidade e o horário em que o medicamento deve ser disponibilizado à enfermagem;
- Providenciar medicamento solicitado: o medicamento solicitado na prescrição médica é então providenciado pela farmácia, sendo separado de acordo com dosagem solicitada, embalado em uma película plástica transparente etiquetada com o nome do paciente a que é destinado o

medicamento, o horário e a data em que deverá ser administrado. Para facilitar a realização dessa atividade e minimizar erros referentes à disponibilização de quantidades incorretas dos medicamentos providenciados, é realizada a atividade de Unitarização de medicamentos sólidos, na qual estes são distribuídos em embalagens plásticas transparentes cada qual contendo apenas uma unidade do medicamento;

- Disponibilizar medicamento solicitado: o medicamento é repassado ao enfermeiro juntamente com a prescrição médica para que este verifique se a prescrição foi devidamente atendida, ou se está faltando algum dos medicamentos solicitados na prescrição;
- Dar baixa no Sistema de Controle de Estoque: os profissionais atualizam os dados do Sistema que registra e monitora os níveis de estoque, de acordo que os medicamentos que foram repassados à Enfermagem;
- Elaborar relatório de saída de medicamentos: diariamente, é elaborado um relatório do dia anterior, contendo os medicamentos que foram solicitados pela Enfermagem, com a respectiva quantidade;
- Aferir medida de produtividade: mensalmente, é realizado um levantamento sobre o número de prescrições emitidas. Este dado é repassado, bimestralmente, à Diretoria Técnica para que esta tome ciência da evolução da demanda por medicamentos da Unidade A;
- Monitorar nível de estoque: semanalmente, os níveis de estoque de cada medicamento são monitorados. Caso os níveis de estoque estejam baixos, solicita-se ao setor de Compra a aquisição de mais lotes de medicamentos;
- Conferir medicamentos dos carrinhos de emergência da Enfermagem: mensalmente, os carrinhos de Enfermagem destinados aos atendimentos de urgência são inspecionados pela Farmácia. Esta inspeção visa deixar o carrinho em condições de uso, abastecendo-o de medicamentos, promovendo sua assepsia e retirando medicamentos que estejam com o prazo de validade expirado;
- Acondicionar medicamentos com prazo de validade expirado: cada lote de medicamento adquirido pelo setor de Compras e repassado à farmácia, tem seu prazo de validade registrado em uma planilha de controle de validades de acordo em o mês e o ano de cada um dos lotes. Mensalmente, essa

planilha é conferida e caso se verifique a existência de lotes com o prazo de validade expirado, os medicamentos desses lotes são embalados e armazenados, até serem descartados pela uma empresa terceirizada responsável, em três caixas distintas: uma para medicamentos sólidos, outra para medicamentos líquidos, e outra para psicotrópicos (de uso controlado);

- Controlar a temperatura de refrigeração dos medicamentos termolábeis: diariamente, nos períodos da manhã e da tarde, é realizada a aferição da temperatura de refrigeração dos medicamentos termolábeis, isto é, aqueles que necessitam de refrigeração entre 2<sup>o</sup>C e 8<sup>o</sup>C para conservação das propriedades dos mesmos e de sua efetividade;
- Registrar medicamentos psicotrópicos (que tem uso controlado) em Livro de Controle de Prescrições: com o objetivo de propiciar rastreabilidade às prescrições de psicotrópicos oriundas da Enfermagem, e de controlar a quantidade de psicotrópicos que entraram e saíram da farmácia, é realizado um controle semanal desse tipo de medicamento. Este controle ocorre por meio de um livro, no qual é registrado o número de cada prescrição que contém este tipo de medicamento, a data de cada uma e a quantidade de psicotrópico existente em estoque.

O macroprocesso Diagnóstico possui dois microprocessos, Diagnóstico por Imagem e Diagnóstico Laboratorial, ambos relacionados aos exames realizados pela Unidade A, que são, respectivamente, exames de imagem (raio-x, tomografia e ultrassonografia) e exames laboratoriais (exames de urina). Dentre ambos os microprocessos, apenas o Diagnóstico por Imagem foi definido como crítico, pois os testes e exames laboratoriais (Diagnóstico Laboratorial) são, majoritariamente, terceirizados e apenas um volume reduzido deste tipo de exame é realizado internamente e se limita a exames microbiológicos de urina.

Já o Diagnóstico por Imagem possui uma demanda elevada atendendo tanto à demanda interna da Unidade A, quanto às demais Unidades de Serviços Médico-Hospitalares e às Unidades da Rede Básica do município.

O Diagnóstico por Imagem refere-se aos exames de imagem realizados pela Unidade, dentre os quais os mais frequentes são: raio-x (tórax e seios da face) e ultrassonografia (mamária e transvaginal). Em geral, os exames de imagem são revelados e liberados no mesmo dia de sua realização, a menos que o usuário seja proveniente de outra instituição de Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento, ou outras

Unidades de Serviços Médico-Hospitalares). Neste caso, o exame é liberado uma semana após a sua realização.

O microprocesso Diagnóstico por Imagem está associado às seguintes atividades:

- Analisar solicitação médica de exame de imagem (EI): observa-se, na solicitação, o tipo de EI solicitado (raio-x, tomografia, ultrassonografia), a região do corpo do usuário a ser examinada (abdome, tórax, membro inferior ou superior, etc.), quais as vistas solicitadas (frontal, lateral, 40<sup>o</sup>, etc.).
- Preparar usuário para o EI: antes da execução do EI, é necessária uma preparação prévia do usuário. Em tomografias, este recebe aplicação de medicamentos que realçarão a nitidez da imagem revelada no exame. Para exames de raios-x em usuário menores de doze anos de idade, é necessário, além de posicionar corretamente o usuário, vesti-lo com colete de proteção à radiação;
- Realizar exame: uma vez preparadas as condições para o exame, o mesmo é executado e o usuário é encaminhado para a espera até que o EI seja liberado;
- Revelar EI: uma vez realizado, o EI é revelado pela equipe de Radiologia, sendo emitido no mesmo dia de sua realização caso o usuário não seja proveniente de outra instituição de Saúde. Caso contrário, o EI é emitido apenas após uma semana de sua realização;
- Encaminhar EI e usuário ao médico: uma vez revelado e emitido, o EI repassado, juntamente com o usuário, de volta ao médico;
- Digitalizar laudo médico: a equipe de Radiologia recebe, de Consulta Médica, o laudo escrito pelo médico, descrevendo os resultados observados no EI. Este laudo é, então, digitalizado pelo setor e armazenado em um banco de dados digital, que contém os laudos de todos os EI realizados pela Unidade A.

Uma vez finalizado o macroprocesso Diagnóstico, dá-se início ao macroprocesso Saída, o qual depende das atividades relativas a cada um de seus três microprocessos: Alta, Transferência e Óbito. O microprocesso Alta contém como atividades:

- Receber Relatório de Alta: a Enfermagem recebe, do médico, o Relatório de Alta e o repassa ao macroprocesso Faturamento, responsável por controlar, por meio de bancos de dados, as informações dos usuários atendidos, internados, transferidos, liberados, ou em óbito pela Unidade A, arquivando fichas de atendimento e prontuários;
- Comunicar Faturamento: a enfermagem notifica a alta hospitalar do usuário ao Faturamento, enviando-lhe o Relatório de Alta para que este seja anexado ao prontuário do usuário e arquivado;
- Contatar família e acompanhar usuário até a saída: o AD contata a família do usuário sobre a alta do usuário, acordando com ela sobre o horário de saída do usuário e sobre o familiar que deverá buscá-lo quando de sua saída da Unidade. Assim, um profissional do AD acompanha o usuário que recebeu alta até a saída e o repassa ao familiar. Além disso, caso o usuário necessite de assistência especializada para prosseguir com o tratamento médico em domicílio, caberá ao AD a prestação desse tipo de assistência/acompanhamento;

O microprocesso Transferência apresenta como atividades:

- Receber Relatório de Alta: a Enfermagem recebe, do médico, o Relatório de Alta. Quando da transferência do usuário, o Relatório é repassado à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município;
- Solicitar vaga para internação do usuário à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município: a Enfermagem entra em contato com a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município para informar-lhe a necessidade de se transferir o usuário e pleitear uma vaga em um dos leitos desta Unidade. Caso tal Unidade não tenha leitos disponíveis no momento, esta solicita que o usuário permaneça por mais algum tempo estabilizado na Unidade A até que um dos leitos seja disponibilizado;
- Comunicar Faturamento: o AD notifica a transferência do usuário ao Faturamento, para que este atualize seu banco de dados e arquive o prontuário médico;

- Remover o usuário: uma vez autorizada a transferência do usuário pela Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município, o mesmo é removido até tal Unidade por meio de uma ambulância.

Por fim, o microprocesso Óbito é composto pelas atividades:

- Encaminhar corpo ao Morgue: o corpo do usuário em óbito é encaminhado ao Morgue, onde permanecerá até que toda documentação (fichas de óbito) seja preenchida e emitida;
- Comunicar família e Faturamento: a ocorrência do óbito é comunicada à família do usuário e ao Faturamento que atualiza o banco de dados, registra o nome completo do usuário no Livro de Óbitos;
- Emitir ficha de óbito: o faturamento providencia a emissão e o preenchimento da ficha de óbito em três vias: uma é encaminhada à família do usuário, uma é encaminhada à funerária e a outra via fica arquivada no próprio setor;
- Liberar corpo: uma vez regularizada a documentação referente ao óbito, o corpo é liberado pela Unidade A, sendo transferido do Morgue para a funerária.

#### **7.4.1.3 Documentação de Procedimentos**

Após mapear os processos da Unidade A, realizou-se a formalização e a documentação dos procedimentos inerentes aos setores diretamente envolvidos nos macroprocessos críticos da Unidade de Serviços Médico-Hospitalares. Assim, foram documentados os procedimentos de enfermagem, farmácia, fisioterapia e radiologia.

Foi constatado que a documentação desses procedimentos estava em fase em elaboração pelas chefias de tais setores da Unidade A. Assim, visando observar a adequação do *layout* dos procedimentos operacionais que estavam sendo elaborados, foi realizada, pela pesquisa-ação, uma revisão dos mesmos.

Na revisão concluiu-se que o modelo que seria adotado pela Unidade era inadequado, extenso, continha uma quantidade excessiva de informações, além de campos de preenchimento desnecessários e excessivos. Tal modelo de *layout* é mostrado na figura 7.3.

SETOR	PROCEDIMENTO OPERACIONAL:	CÓDIGO DO P.O.:	REVISÃO		FOLHA
			Nº		
			MÊS/ANO		
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>					
DATA	DESCRIÇÃO			DATA PRÓXIMA REVISÃO	
TAREFA:			EXECUTANTE:		
DEFINIÇÃO:					
RESULTADOS ESPERADOS:					
PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:					
PRINCIPAIS ATIVIDADES:					
CUIDADOS:					
Ações corretivas:					
REGISTROS:					
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:					
ANEXOS:					
<b>CONTROLE DE EMISSÃO</b>					
ELABORADA POR:		VERIFICADO POR:		APROVADO POR:	
DATA: / / 2010		DATA: / /		DATA: / /	
APROVADO PARA IMPLEMENTAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO					
STATUS GERAL DA DOCUMENTAÇÃO: ( ) ATIVA ( ) TESTE					

**FIGURA 7.3.** Layout de Procedimento documentado que seria adotado antes da pesquisa-ação

A pesquisa-ação propôs à Alta Administração reformular o *layout* da figura 7.3 em favor de um novo *layout* mais adequado, mais simples, mais prático e de fácil visualização. O *layout* proposto foi discutido e elaborado por meio de um consenso entre os membros do Comitê de pesquisa-ação e pode ser observado na figura 7.4. Este *layout* foi aprovado pela Alta Administração da Unidade e contemplou importantes ferramentas utilizadas em Gestão da Qualidade, como o 5W1H e o fluxograma.

AFERIÇÃO DA TEMPERATURA DO REFRIGERADOR DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS NA UNIDADE FARMÁCIA		Versão		Folha		
		Nº	Data:			
CÓDIGO DO P.O.: PF- 004						
Objetivo: Descrever o procedimento para o controle de temperatura dos refrigeradores de medicamentos termolábeis.						
Definições: Medicamentos termolábeis: são medicamentos que necessitam ser armazenados em temperaturas entre +2°C e +8°C para manterem sua efetividade.						
Outros procedimentos relacionados:						
	FF- 008	FF- 011	FF- 017			
Fluxograma (o que)	Quem executa	Quando (condição)	Onde (lugar)	Porque (finalidade)	Como (instrução)	Registros Associados
Ler a temperatura de momento do refrigerador	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Visor	Verificar se a temperatura está entre 2° C e 8° C	Pressione a tecla "menu" até TEMP	RQ- 002
Ler a temperatura máxima do refrigerador	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Visor	Verificar se a temperatura não excedeu 8° C	Pressione a tecla "menu" até TEMP depois e a tecla para cima	RQ- 002
Anotar a temperatura mínima do refrigerador	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Planilha de Controle (RQ- 002)	Controle da temperatura máxima	Caneta esferográfica	RQ- 002
Ler a temperatura mínima do refrigerador	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Visor	Verificar se a temperatura não excedeu 2° C	Pressione "menu" até TEMP e a tecla para baixo	RQ- 002
Anotar a temperatura mínima do refrigerador	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Planilha de Controle (RQ- 002)	Controle da temperatura mínima	Caneta esferográfica	RQ- 002
Desligar a câmara	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Tecla "menu" e tecla para baixo	Preparação da câmara a próxima leitura	Pressione "menu" até aparecer LOCK e depois "para baixo" até aparecer DESL	RQ- 002
Zerar os valores da câmara	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Tecla "menu" e teclas para baixo e para cima	Preparação da câmara a próxima leitura	Pressione "menu" até aparecer TEMP e depois pressione, simultaneamente as teclas para cima e para baixo	RQ- 002
Ligar a câmara do refrigerador	Auxiliar Administrativo Ou Farmacêutico	Diariamente (de Manhã e à Noite)	Tecla "menu" e tecla para cima	Preparação da câmara a próxima leitura	Pressione "menu" até aparecer LOCK e depois pressione "para cima" até aparecer LIG.	RQ- 002
Visitar medicamentos acondicionados	Farmacêutico	Mensalmente	refrigerador	Controlar medicamentos acondicionados no refrigerador	Verificar se os medicamentos do refrigerador constam na planilha	RQ- 002
<b>CONTROLE DE EMISSÃO</b>						
ELABORADO POR:			APROVADO POR:			
DATA: ___/___/___			DATA: ___/___/___			
STATUS GERAL DA DOCUMENTAÇÃO:			/ \ ATIVA / \ TESTE			

FIGURA 7.4. Layout elaborado pela pesquisa-ação (Exemplo de procedimento de Farmácia)

O pesquisador realizou sessões de treinamento com os chefes dos setores de enfermagem, farmácia, radiologia e fisioterapia, visando explicar conceitos envolvidos no novo layout, como: a simbologia usada no fluxograma, o significado do 5W1H e o modo de preenchimento de cada campo do 5W1H. Esses conceitos necessitavam ser compreendidos



por tais profissionais para que estes conseguissem repassar e adequar as informações disponíveis no antigo *layout* para o novo *layout* que estava sendo proposto.

Além disso, o pesquisador elaborou a documentação de alguns procedimentos segundo o novo *layout* a título de exemplo para os chefes de cada setor, visando facilitar a aprendizagem por parte deles. Uma vez assimilada a aprendizagem pelos chefes de setor, coube a eles, por si só, elaborarem a documentação dos demais procedimentos conforme o novo *layout*.

Um mês após a implantação dos procedimentos operacionais documentados foram consultados profissionais dos setores de enfermagem, farmácia, radiologia e fisioterapia, a fim de avaliar a percepção dos mesmos quanto à eficácia dessa documentação e as melhorias propiciadas por esta. A percepção geral dos profissionais consultados foi de que a padronização e a formalização dos procedimentos tornaram mais prática suas execuções e menos suscetíveis ao cometimento de erros.

Ainda na percepção dos profissionais, tal formalização melhorou a eficácia do treinamento ministrado pela Educação Permanente nesses procedimentos, pois facilitou o entendimento, a aprendizagem dos mesmos e tornou cada procedimento passível de estudo por parte dos profissionais que estivessem interessados em fixar melhor o modo de execução mais correto de determinado procedimento, pois o mesmo estaria documentado e disponível para leitura.

#### **7.4.2 Plano de Ação II: Mapeamento, Análise, Tratamento de Riscos e Eventos Adversos**

O Plano de Ação II, denominado Mapeamento, Análise e Tratamento de Riscos e Eventos Adversos, destinou-se à identificação dos riscos profissionais (relativos à assistência prestada aos usuários da Unidade) inerentes às atividades constituintes dos microprocessos críticos determinados no Plano de Ação I: Consulta Médica, Assistência de Enfermagem, Assistência de Farmácia, Diagnóstico por Imagem, Alta, Transferência e Saída.

Cada risco identificado foi ponderado de acordo com sua gravidade (prejuízos acarretados pela ocorrência do risco) e com sua frequência (probabilidade de ocorrência do risco). Com isso, foram determinados os riscos críticos desses microprocessos e implantadas medidas preventivas à ocorrência daqueles.

Assim, a pesquisa-ação buscou iniciar, com a implementação desse Plano, a estruturação de uma Gestão de Riscos na Unidade A, a qual se baseou em cinco pilares:

- Identificação dos riscos profissionais de cada atividade dos macroprocessos críticos;
- Identificação dos riscos críticos dos macroprocessos críticos determinados no Plano de Ação I;
- Implantação de registros de notificação da ocorrência desses riscos;
- Implantação de registros relacionados à Tecnovigilância (riscos relacionados aos equipamentos e materiais de uso médico e de enfermagem), à Farmacovigilância (riscos relacionados à reações adversas provocadas por medicamentos e à inefetividade de medicamentos);
- Implantação de medidas preventivas e corretivas à ocorrência dos riscos críticos mapeados.

Foi acordado com o Comitê de pesquisa-ação que, para a operacionalização e monitoração do Gerenciamento de Risco na Unidade, seria formada, em caráter permanente, uma Comissão de Gestão de Risco da qual participaria um membro de cada setor da Unidade A. Ainda, os trabalhos concernentes à Gestão de Risco (dados, números, mensuração de indicadores, levantamento mensal de ocorrências, reuniões, palestras de sensibilização, etc.) seriam realizados por um profissional específico a ser contratado.

#### 7.4.2.1 Mapeamento dos Riscos das atividades de Consulta Médica

A pesquisa-ação, em consulta aos médicos da Unidade A, buscou associar riscos a cada atividade do microprocesso Consulta Médica. Essa associação entre riscos e atividades pode ser observada no quadro 7.7.

<b>Atividades de Consulta Médica</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>
- Analisar informações da ficha de atendimento do usuário.	_____
- Confirmar as informações com o usuário	- Omissão de informações sobre o histórico (tabagismo, diabetes, etilismo, hipertensão, etc.)
- Examinar usuário	- Erro de diagnóstico - Não identificação do código CID associado à patologia apresentada pelo usuário

**QUADRO 7.7. Atividades do microprocesso Consulta Médica e seus respectivos riscos (Continua)**

<b>Atividades de Consulta Médica</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>
- Elaborar prescrição médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erro de prescrição</li> <li>- Abreviação do nome do medicamento</li> <li>- Prescrição ilegível</li> <li>- Erro na grafia do nome do medicamento</li> <li>- Desconhecimento de interações medicamentosas prejudiciais à saúde do usuário</li> <li>- Não assinatura da prescrição</li> </ul>
- Solicitar exame de imagem	- Solicitação contendo erros na especificação do exame (posição, ângulo, vista, etc)
- Orientar usuário quanto ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmissão de orientações incompatíveis com o tratamento aplicado ao usuário</li> <li>- Incompreensão das orientações pelo usuário</li> </ul>
- Enviar prescrição médica à Enfermagem	-----
- Enviar solicitação à Radiologia	-----
- Receber exame de imagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recebimento de exame trocado</li> <li>- Exame não atendendo as especificações da solicitação</li> <li>- Não recebimento do exame solicitado</li> </ul>
- Definir diagnóstico	- Erro de diagnóstico
- Laudar exame	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição errônea dos resultados</li> <li>- Laudo ilegível</li> <li>- Classificação (normal ou anormal) incompatível com o resultado observado no exame</li> <li>- Não assinatura do relatório do laudo</li> </ul>
- Se Alta ou Transferência: elaborar relatório de alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição do tratamento aplicado ao usuário, contendo incompatibilidades com o que realmente foi aplicado</li> <li>- Não citação de algum medicamento administrado ao usuário</li> <li>- Descrição incorreta ou incompatível da conduta médica adotada e do quadro clínico apresentado pelo usuário</li> </ul>
Se Alta ou Transferência: comunicar Enfermagem	- Enfermagem não informada sobre a Alta, ou transferência do usuário
Se internação: comunicar Enfermagem	- Enfermagem não informada sobre a necessidade de internação do usuário
Se internação: monitorar a evolução do quadro clínico de saúde do usuário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erros de intervenção (perda de dreno, perda de sonda, perda de cateter semi-implantado, intervenção suspensa por preparo inadequado do procedimento, contaminação do usuário, etc.)</li> <li>- Alterações clínicas ocorridas durante o ato anestésico.</li> <li>- Alterações clínicas ocorridas após o ato anestésico.</li> </ul>

**QUADRO 7.7. Atividades do microprocesso Consulta Médica e seus respectivos riscos**

Com o intuito de determinar, dentre os riscos mapeados no quadro 7.7, aqueles mais críticos ao microprocesso Consulta Médica, cada um dos riscos identificados foi avaliado por meio de uma ponderação entre a frequência ocorrência do risco (probabilidade de o risco ocorrer) e a gravidade do risco (prejuízo/consequência provocada pela ocorrência do risco). O produto da multiplicação de ambos foi o parâmetro final de determinação da criticidade do risco. Os critérios utilizados em tal ponderação são apresentados na tabela 7.1.

Pontuação	G	F
	Gravidade	Frequência
5	Prejuízos à saúde e integridade física do usuário são extremamente graves	Muito Alta
4	Muito Graves	Alta
3	Graves	Média
2	Pouco Graves	Baixa
1	Sem Gravidade	Muito Baixa

**TABELA 7.1. Pontuação e Critérios utilizados para ponderação dos riscos de cada microprocesso**

A avaliação dos riscos inerentes a todos os microprocessos críticos da Unidade A obedeceu à tal sistemática. Os resultados da avaliação dos riscos inerentes às atividades de Consulta Médica mostrados na tabela 7.2. Os riscos que, ao final da avaliação, foram considerados críticos estão destacados em negrito.

Atividades de Consulta Médica	Riscos Associados à Atividade	G (Gravidade)	F (Frequência)	Produto (GxF)
Confirmar as informações com o usuário	Omissão de informações sobre o histórico (tabagismo, diabetes, etilismo, hipertensão, etc.)	5	1	5
Examinar usuário	<b>Erro de diagnóstico</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
	<b>Não identificação do código CID associado à patologia apresentada pelo usuário</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
Elaborar prescrição médica	<b>Erro de prescrição</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
	Abreviação do nome do medicamento	3	2	6
	<b>Prescrição ilegível</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>20</b>
	Erro na grafia do nome do medicamento	5	1	5

**TABELA 7.2. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Consulta Médica (Continua)**

<b>Atividades de Consulta Médica</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G (Gravidade)</b>	<b>F (Frequência)</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Elaborar prescrição médica	<b>Desconhecimento de interações medicamentosas prejudiciais ao usuário</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
	Não assinatura da prescrição	3	1	3
Solicitar exame de imagem	Solicitação contendo erros na especificação do exame (posição, ângulo, vista, etc)	2	1	2
Orientar usuário quanto ao tratamento	Transmissão de orientações incompatíveis com o tratamento aplicado ao usuário	4	1	4
	Incompreensão das orientações pelo usuário	4	1	4
Receber exame de imagem	Recebimento de exame trocado	5	1	5
	Exame não atendendo as especificações da solicitação	2	1	2
	Não recebimento do exame solicitado	4	1	4
Definir diagnóstico	<b>Erro de diagnóstico</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Laudar exame	Descrição errônea dos resultados	5	1	5
	<b>Laudo ilegível</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
	Classificação (normal ou anormal) incompatível com o resultado observado no exame	5	1	5
	Não assinatura do relatório do laudo	3	1	3
Se Alta ou Transferência: elaborar relatório de alta	Descrição do tratamento aplicado ao usuário, contendo incompatibilidades com o que realmente foi aplicado	5	1	5
Se Alta ou Transferência: elaborar relatório de alta	Não citação de algum medicamento administrado ao usuário	5	1	5

**TABELA 7.2. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Consulta Médica (Continua)**

<b>Atividades de Consulta Médica</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G (Gravidade)</b>	<b>F (Frequência)</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Se Alta ou Transferência: comunicar Enfermagem	Descrição incorreta ou incompatível da conduta médica adotada e do quadro clínico apresentado pelo usuário	5	1	5
	<b>Enfermagem não informada sobre a Alta, ou transferência do usuário</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
Se internação: comunicar Enfermagem	<b>Enfermagem não informada sobre a necessidade de internação do usuário</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
Se internação: monitorar a evolução do quadro clínico de saúde do usuário	Erros de intervenção (implantação de dreno, sonda, cateter semi-implantado, intervenção suspensa por preparo inadequado do procedimento, contaminação do usuário, etc.)	5	1	5
	Alterações clínicas ocorridas durante o ato anestésico.	4	1	4
	Alterações clínicas ocorridas após o ato anestésico.	4	1	4

**TABELA 7.2. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Consulta Médica**

Os riscos que obtiveram maior pontuação foram considerados como sendo críticos. Assim, os riscos críticos são aqueles inerentes às atividades de:

- Examinar usuário: mais especificamente quanto aos riscos de: erro de diagnóstico inicial; e de não identificação do código CID associado à patologia apresentada pelo usuário;
- Elaborar prescrição médica: mais especificamente quanto aos riscos de: erro de prescrição; prescrição ilegível; e desconhecimento de interações medicamentosas prejudiciais à saúde do usuário. O erro de prescrição refere-se à escolha incorreta do medicamento (baseada em indicação e contra-indicação, alergias conhecidas e existência e disponibilidade de outra terapia medicamentosa mais eficaz), prescrição incompleta ou

incorreta quanto à dosagem, cocentração, via de administração, velocidade de infusão, e horários de administração;

- Definir diagnóstico: tem como risco associado o cometimento de erros de diagnóstico final mesmo com evidências apoiadas por imagens;
- Laudar exame: mais especificamente quanto ao risco de elaborar laudos ilegíveis;
- Comunicar enfermagem: mais especificamente, quanto ao risco de não comunicação da equipe de enfermagem sobre o destino do usuário (alta, transferência, internação).

Com o intuito de monitorar e evitar a ocorrência de tais riscos (evitando que esses riscos se tornassem eventos adversos), foram implantadas medidas preventivas e corretivas, além da documentação de procedimentos clínicos (protocolos) a serem executados pela equipe médica para as patologias mais atendidas pela Unidade A: pneumonia e DPOCs (doenças pulmonares obstrutivas crônicas).

No Quadro 7.8, são apresentadas as medidas implantadas para os riscos críticos mapeados no microprocesso de Consulta Médica. Além disso, a pesquisa-ação propôs à Alta Administração da Unidade A, outro conjunto de medidas que ficaram de ser aprovadas, futuramente, pela mesma:

- Instituição de um ciclo de palestras, na intenção de atingir os profissionais envolvidos nas atividades de prescrição e administração medicamentosa (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais da farmácia), durante duas semanas, nos três turnos de trabalho. Posteriormente, tornar o ciclo permanente, sendo realizado uma vez por mês. As palestras seriam direcionadas, primeiramente, aos profissionais prescritores, isto é, a equipe médica;
- Palestras sobre como evitar a ocorrência de erros que podem ser gerados a partir da redação incompleta da prescrição, como: dose, via de administração, diluição e frequência de medicamentos prescritos;
- Palestras sobre reações adversas, conforme as classes farmacológicas de medicamentos;
- Palestras sobre interação medicamentosa, considerando, na prescrição, a frequência dos medicamentos e os horários de administração padronizados pela Unidade A;

- Curso com carga horária de vinte horas, sobre segurança na administração de medicamentos e técnicas de preparo e administração;
- Treinamentos periódicos sobre prescrição, disponibilização e administração de medicamentos a todos os profissionais envolvidos em tais atividades (médicos, enfermagem e profissionais da farmácia);
- Existência de um manual completo com outras interações medicamentosas e as estabilidades dos medicamentos disponíveis;
- Padronização da maneira de prescrever os nomes dos medicamentos (comercial, genérico ou princípio ativo, bem como a forma das dosagens sem uso de decimais);
- Todos os médicos ingressantes na Unidade deverão passar por treinamentos sobre cuidados com a prescrição médica;
- Implantação da prescrição por sistema computadorizado: tal sistema traria como vantagens: melhor legibilidade das prescrições, integração das formulações de medicamentos, alertas para erros de medicação, redução de erros de abreviaturas, de nomenclatura dos medicamentos e de nomes similares, além de realizar conversões automáticas de dosagens (oral para intravenosa, por exemplo);
- Utilização de códigos de barra na administração de medicamentos: a qual traria como vantagens: a identificação do medicamento, o registro automático da administração do medicamento, impede a leitura incorreta do nome dos medicamentos prescritos;
- A pesquisa-ação constatou que a comunicação existente entre Consulta Médica e Assistência de Enfermagem é ineficiente, pois, é elevada, a frequência com que a equipe de enfermagem não é comunicada, pelos médicos e pela Recepção, sobre o destino do paciente (admissão, internação, alta, transferência). Dessa forma, a Unidade A necessita de meios de comunicação mais eficientes entre os macroprocessos. Tal deficiência foi discutida com o Comitê de pesquisa-ação e, atualmente, a Unidade está negociando uma parceria com empresas especializadas em Tecnologia de Informação para adoção de um sistema de informação moderno e eficaz.



<b>Atividade de Consulta Médica</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Examinar usuário	Erro de diagnóstico	- Protocolo Clínico para as patologias mais atendidas (pneumonia e DPOCs)	- Registro de não-conformidade
	Não identificação do código CID associado à patologia apresentada pelo usuário	- Protocolo Clínico, contendo os códigos de classificação da patologia conforme o CID-10	- Advertência escrita pela equipe de Educação Continuada
Elaborar prescrição médica	Erro de prescrição	- Dupla checagem da prescrição (pelo enfermeiro e médico)	- Ficha de Notificação para Erro de Medicação (Anexo A)
	Prescrição ilegível	- Palestras de sensibilização	- Advertência escrita pela equipe de Educação Continuada
	Desconhecimento de interações medicamentosas prejudiciais à saúde do usuário	- Tabela de informações sobre medicamentos (via de administração, diluição, tempo de infusão e conservação): Anexo B - Tabela de medicamentos-padrão utilizados pela Unidade A - Disponibilização de padronização atualizada de medicamentos para consultas médicas - Protocolo Clínico com especificações sobre classes farmacológicas dos medicamentos aplicáveis à patologia, sobre dosagem, formas de administração e interações possíveis	- Ficha de Notificação de Reação Adversa

**QUADRO 7.8. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Consulta Médica (Continua)**

<b>Atividade de Consulta Médica</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Comunicar Enfermagem	Não comunicação da equipe de enfermagem sobre o destino do usuário (transferência, internação, alta)	- Implantação de um Sistema de Informação interligando Consulta Médica-Enfermagem-Recepção (em negociação)	- Ficha de Comunicação Interna
Laudar exame	Laudo ilegível	- Dupla checagem das informações contidas no laudo (pelo profissional da Radiologia e pelo médico)	- Advertência escrita pela equipe de Educação Continuada

**QUADRO 7.8. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Consulta Médica**

As figuras 7.5 e 7.6 ilustram algumas das medidas corretivas implantadas para o microprocesso de Consulta Médica. Respectivamente, o registro de não-conformidade e a Ficha de Notificação de Tecnovigilância (em casos de ocorrência de não-conformidades relacionadas a produtos utilizados na Unidade, como: gases, máscaras, instrumentos cirúrgicos, termômetros, bombas de infusão, cateteres, seringas, etc.).

REGISTRO DE NÃO-CONFORMIDADE		RNC- n°
Origem da não-conformidade: ( ) Reclamação do Cliente ( ) Operacional ( ) Auditoria Interna		
O que	Descrição da não-conformidade:	
	Procedimento Operacional relacionado:	
Quem	Responsável pela ocorrência:	
Onde	Local da ocorrência:	
Quando	Data da ocorrência: ___/___/___	
	Horário da ocorrência: ___h ___min.	
Emitente:		
Data: ___/___/___		
Causa Provável:		
Ação Corretiva:		
Emitente:		
Prazo para implantação:		
Data da implantação: ___/___/___		
Avaliação da eficácia da ação: ( ) não conformidade corrigida/prevenida ( ) não conformidade parcialmente corrigida/prevenida ( ) não conformidade mantida		
Observações:		
Responsável pela avaliação:		
Data: ___/___/___		

**FIGURA 7.5. Registro para Não-Conformidades**

Ficha de Notificação de Ocorrência relacionada a Produtos para a Saúde		FNOPS- n°
Identificação do Produto		
Produto:	N° do registro no MS/ANVISA:	
Fabricante:	Modelo:	
Modelo:	Número de série/lote:	
Produto descartável: ( ) Sim ( ) Não		
Em caso afirmativo, foi reprocessado antes do incidente? ( ) Sim ( ) Não		
Quantas vezes? _____		
O produto estava dentro do período de validade de fabricação? ( ) Sim ( ) Não		
O produto estava dentro do período de validade de esterilização? ( ) Sim ( ) Não		
As recomendações de manutenção do fabricante foram cumpridas? ( ) Sim ( ) Não		
IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO:		
Produto:	N° do registro no MS/ANVISA:	
Fabricante:	Modelo:	
Modelo:	Número de série/lote:	
Esta sob garantia? ( ) Sim ( ) Não		
Ha quanto tempo em uso? ( ) _____ meses ( ) 1 ano ( ) 2 anos ( ) _____ anos		
Foi executado algum reparo, manutenção corretiva? ( ) Sim ( ) Não Data do último: ____/____/____		
Foi executado algum procedimento de calibração periódica? ( ) Sim ( ) Não Data do último: ____/____/____		
Ha outra(s) unidade(s) do mesmo modelo igualmente afetadas? ( ) Sim ( ) Não		
Existe(m) outro(s) produto(s) envolvido(s) neste mesmo incidente? ( ) Sim ( ) Não		
RELATO DA OCORRÊNCIA:		
Unidade em que ocorreu: _____		
O fato ocorreu: ( ) Uma vez ( ) Mais de uma vez, quantas? _____		
Area ou setor de ocorrência: _____		
Descrição da ocorrência: _____		
Porque ocorreu o problema? _____		
Houve verificação? ( ) Sim ( ) Não		
Em caso afirmativo, por quem? _____		
Foram tomadas providências? ( ) Sim ( ) Não		
Quais foram as providências? _____		
A ocorrência descrita levou a agravos na saúde? ( ) Sim ( ) Não		
A ocorrência poderia levar agravos a saúde? ( ) Sim ( ) Não		
Quais foram os agravos? _____		
Emitente: _____ Data: ____/____/____		

FIGURA 7.6. Ficha de Tecnovigilância

#### 7.4.2.2 Mapeamento dos Riscos das atividades de Assistência de Enfermagem

A pesquisa-ação, em parceria com a equipe de enfermagem, buscou associar riscos a cada atividade do microprocesso Assistência de Enfermagem. Essa associação entre riscos e atividades pode ser observada no quadro 7.9.

<b>Atividades de Assistência de Farmácia</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>
Executar prescrição médica	- Erros na medicação do usuário quanto à dosagem, método de administração e tipo de medicamento
Requisitar medicamento à Farmácia	- Medicamento errado, na dosagem incorreta
Medicar usuário	- Complicações à saúde do usuário resultantes da administração medicamentosa (flebite, perda de consciência, reações alérgicas, danos físicos, lesões e até a morte) - Administração do medicamento em horário incorreto - Administração de medicamento deteriorado - Preparação incorreta do medicamento - Administração do medicamento por método incorreto
Manter usuário em observação por 30 minutos	- Reações adversas do organismo do usuário ao medicamento administrado
Encaminhar usuário para a Radiologia	-----
Orientar o usuário sobre a continuidade do tratamento	- Transmissão de orientações incorretas ao usuário quanto ao prosseguimento do tratamento em ambiente domiciliar (horários de ingestão do medicamento, dosagem, formas de aplicação do medicamento, etc) - Falta de compreensão, por parte do usuário, com relação às orientações transmitidas pela equipe de enfermagem.
Comunicar internação ao Faturamento	-----
Internar usuário	- Falta de leitos de internação - Falta de equipamentos - Carrinho de enfermagem não contendo itens (medicamentos, gaze, seringa, algodão, álcool 70%) em quantidade adequada - Preparação inadequada do leito destinado à internação
Monitorar processos fisiológicos do usuário	- Queda do Usuário do leito de internação - Úlcera por Pressão - Perda de sonda gástrica - Saída espontânea de sonda gástrica - Saída espontânea de sonda vesical - Perda de Dreno Torácico - Não aferir processos fisiológicos em algum dos turnos

**QUADRO 7.9. Atividades do microprocesso de Assistência de Enfermagem e seus respectivos riscos**

Os resultados da avaliação dos riscos inerentes às atividades de Assistência de Enfermagem são mostrados na tabela 7.3. Os riscos que, ao final da avaliação, foram considerados críticos estão destacados em negrito.

<b>Atividades de Assistência de Enfermagem</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G (Gravidade)</b>	<b>F (Frequência)</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Executar prescrição médica	<b>Erros na medicação do usuário quanto à identificação deste, à dosagem, via e medicamento correto</b>	5	4	20
Requisitar medicamento à Farmácia	Medicamento errado, na dosagem incorreta	5	1	5
Medicar usuário	<b>Complicações à saúde do usuário resultantes da administração medicamentosa (flebite, perda de consciência, reações alérgicas, danos físicos, lesões e morte)</b>	5	4	20
	Administração do medicamento em horário incorreto	4	1	4
	Administração de medicamento deteriorado	5	1	5
	Preparação incorreta do medicamento	5	2	10
	Administração do medicamento por método incorreto	4	2	8
Manter usuário em observação por 30 minutos	<b>Reações adversas do organismo do usuário ao medicamento administrado</b>	5	3	15
Orientar o usuário sobre a continuidade do tratamento	Transmissão de orientações incorretas ao usuário quanto ao prosseguimento do tratamento em ambiente domiciliar (horários de ingestão do medicamento, dosagem, formas de aplicação do medicamento, etc)	4	1	4

**TABELA 7.3. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Assistência de Enfermagem (Continua)**

	Falta de compreensão, por parte do usuário, com relação às orientações transmitidas pela equipe de enfermagem.	4	1	4
<b>Atividades de Assistência de Enfermagem</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G (Gravidade)</b>	<b>F (Frequência)</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Internar usuário	Falta de leitos de internação	5	1	5
	Falta de equipamentos	5	1	5
	Carrinho de enfermagem não contendo itens (medicamentos, gaze, seringa, algodão, álcool 70%) em quantidade adequada	5	1	5
	Preparação inadequada do leito destinado à internação	3	1	3
Monitorar processos fisiológicos do usuário	<b>Queda do Usuário do leito de internação</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
	<b>Úlcera por Pressão</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
	Perda de sonda gástrica	3	1	3
	Saída espontânea de sonda vesical	3	1	3
	Perda de Dreno Torácico	3	1	3
	Não aferir processos fisiológicos em algum dos turnos	4	1	4

**TABELA 7.3. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Assistência de Enfermagem**

Os riscos que obtiveram maior pontuação foram considerados como sendo críticos. Assim, os riscos críticos são aqueles inerentes às atividades de:

- Executar prescrição médica: mais especificamente quanto aos riscos de: erros na medicação do usuário quanto à identificação do mesmo, dosagem, via de administração (oral, subcutânea, endovenosa, intra-muscular, etc.) e

à administração do medicamento correto, isto é, administrar o que realmente está prescrito;

- Medicação usuário: mais especificamente quanto aos riscos de: complicações à saúde do usuário resultantes da administração medicamentosa, particularmente, flebites (inflamação da parede venosa devido à introdução de cateter, punção, infusão de soluções ou medicações em via venosa);
- Manter usuário em observação por 30 minutos: mais especificamente quanto ao risco de ocorrência de reações adversas do organismo do usuário medicado;
- Monitorar processos fisiológicos do usuário: mais especificamente quanto ao risco de: Queda do usuário do leito de internação, e Úlcera por Pressão.

Com o intuito de monitorar e evitar a ocorrência de tais riscos (evitando que esses riscos se tornassem eventos adversos), foram implantadas medidas preventivas e corretivas, além de procedimentos operacionais de prevenção documentados para cada risco.

Além disso, foram implantados: registros para avaliação individual dos usuários quando de sua admissão na Unidade A, contendo identificação de fatores de risco e de medidas preventivas individualizadas para o usuário. O registro de avaliação para Úlcera por Pressão é apresentado no Anexo C. Ainda foram implantados dispositivos de gestão à vista (pulseiras de identificação de usuário em médio ou alto risco para queda, úlcera por pressão e flebite; inscrição de alertas na placa do leito do usuário internado indicando o risco a que o usuário está sujeito, carimbos e etiquetas de alerta a serem colocados no prontuário alertando para determinado risco a que o usuário está exposto).

As figuras 7.7, 7.8 e 7.9 ilustram exemplos de medidas preventivas à ocorrência dos riscos críticos identificados, que foram implantadas. A figura 7.7 apresenta as pulseiras de risco implantadas. A figura 7.8 apresenta outra medida: o carimbo de alerta, o qual foi adotado para os riscos de Queda, Úlcera por Pressão, Flebite e Erros de Medicação. É utilizado, como alerta, no prontuário do paciente. Na figura 7.8, é mostrado o carimbo para Quedas.



Por fim, a figura 7.9 mostra a Ficha de Notificação, a qual foi implantada para os riscos de Queda, Úlcera por Pressão, Flebite e Erros de Medicação. Na figura 7.9, é mostrado o *layout* dessa ficha para o caso de ocorrência de Úlcera por Pressão.



**FIGURA 7.7.** Usuário com pulseiras de identificação (Roxa: Queda; Vermelha: úlcera por pressão; e Amarela: Flebite)



**FIGURA 7.8.** Carimbo de Alerta de risco (o da figura, risco de Quedas)

Ficha de Notificação de Úlcera Por Pressão durante a Internação		FNUPP- n°					
Nome do Paciente: _____		Idade: _____					
N° do Prontuário: _____		Leito: _____					
Escore de risco para UPP: _____							
Antecedentes Patológicos: _____							
Presença de UPP durante a internação? ( ) Sim Quantas: _____							
Data	Localização	Estágio					
		I	II	III	IV		
Fatores de Risco que foram identificados para o paciente: _____							
DATA	CONDUTA		ASSINATURA/CARIMBO				
Data da saída do paciente: ____/____/____							
Motivo: ( ) Alta ( ) Transferência ( ) Óbito							
Condições da(s) úlcera(s) no momento da alta hospitalar: _____							
Emitente: _____ Assinatura							
Data: ____/____/____							

**FIGURA 7.9.** Layout das Fichas de Notificação implantadas (Na figura, Úlcera por Pressão)



No Quadro 7.10, são apresentadas as medidas implantadas para os riscos críticos mapeados no microprocesso de Assistência de Enfermagem.

<b>Atividade de Assistência de Enfermagem</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Executar prescrição médica	Erros na medicação do usuário quanto à identificação do mesmo, dosagem, via de administração e medicamento correto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de Prevenção a Erros de Medicação</li> <li>- Etiqueta alertando usuário com alergia a ser fixada no prontuário</li> <li>- Identificação da placa do leito do usuário com a inscrição: “Paciente em risco de erro de medicação”</li> </ul>	Ficha de Notificação de Erros de Medicação
Medicar usuário	Complicação à saúde do usuário resultante da administração medicamentosa (flebite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de Prevenção de Flebite</li> <li>- Registro de Avaliação individualizada para risco de flebite</li> <li>- Pulseira na cor amarela para pacientes em médio e alto risco de flebite</li> <li>- Identificação da placa do leito do usuário com a inscrição: “Paciente em risco de flebite”</li> </ul>	Ficha de Notificação de Flebite
Monitorar processos fisiológicos do usuário	Queda do usuário do leito de internação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de Prevenção de Quedas</li> <li>- Folder explicativo (Anexo D) sobre cuidados anti-queda entregue a usuários e acompanhantes</li> <li>- Registro de Avaliação individualizada para risco de queda</li> <li>- Pulseira na cor roxa para pacientes em médio e alto risco de queda</li> <li>- Identificação da placa do leito do usuário com a inscrição: “Paciente em risco de queda”</li> </ul>	Ficha de Notificação de Queda

**QUADRO 7.10. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Assistência de Enfermagem (Continua)**

<b>Assistência de Enfermagem</b>	<b>Mapeado</b>	<b>Implantada</b>	<b>Corretiva Implantada</b>
Monitorar processos fisiológicos do usuário	Úlcera por Pressão (UPP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de Prevenção de UPP</li> <li>- Registro de Avaliação individualizada para risco de UPP</li> <li>- Pulseira na cor vermelha para pacientes em médio e alto risco de UPP</li> <li>- Identificação da placa do leito do usuário com a inscrição: “Paciente em risco de UPP”</li> </ul>	Ficha de Notificação de Úlcera por Pressão
Manter usuário em observação por 30 minutos	Reação Adversa do organismo do usuário submetido à medicação	- Identificação da placa do leito do usuário com a inscrição: “Paciente em risco de reação adversa”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha de Notificação de Reação Adversa</li> <li>- Protocolo de Atendimento á Reações Adversas</li> </ul>

**QUADRO 7.10. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Assistência de Enfermagem**

#### **7.4.2.3 Mapeamento dos Riscos das atividades de Assistência de Farmácia**

A pesquisa-ação, em parceria com os profissionais do setor de farmácia, buscou associar riscos a cada atividade do microprocesso Assistência de Farmácia. Tal associação pode ser observada no quadro 7.11.

<b>Atividades de Assistência de Farmácia</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>
Analisar prescrição médica	Medicamento errado Dosagem incorreta Reação Adversa do organismo do usuário ao medicamento solicitado
Providenciar medicamento solicitado	Providenciar medicamento errado Esquecer de providenciar medicamento
Unitarizar medicamentos	-----
Disponibilizar medicamento solicitado	Disponibilizar medicamento errado Disponibilizar medicamento na dose incorreta Disponibilizar medicamento para o período errado
Dar baixa no Sistema de Controle de Estoque	Não dar baixa no Sistema e o medicamento ter sido repassado à Enfermagem e vice-versa
Elaborar relatório de saída de medicamentos	Relatar uma quantidade maior ou menor de medicamento repassada do que a que efetivamente foi repassada no dia
Aferir medida de produtividade	Super-estimar ou Sub-estimar número de prescrições ocorridas no mês
Monitorar nível de estoque	Faltar medicamento
Conferir medicamentos dos carrinhos de emergência da Enfermagem	Abastecimento incompleto do carrinho incompatível com o recomendado pela Enfermagem
Acondicionar medicamentos com prazo de validade expirado	Esquecer de acondicionar algum medicamento que está com o prazo de validade vencido
Controlar temperatura de refrigeração dos medicamentos termolábeis	Medicamentos armazenados em temperatura inadequada Perda da efetividade do medicamento
Registrar prescrições de medicamentos psicotrópicos em Livro de Controle de Prescrições	Relatar uma quantidade maior ou menor de medicamento repassada do que a que efetivamente foi repassada. Registrar erroneamente dados de alguma prescrição (data, número, quantidade)

**QUADRO 7.11. Atividades de Assistência de Farmácia e seus respectivos riscos**

O resultado da avaliação dos riscos identificados nas atividades de Assistência de Farmácia, bem como os riscos críticos mapeados são mostrados na tabela 7.4.

<b>Atividades de Assistência de Farmácia</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G (Gravidade)</b>	<b>F (Frequência)</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Analisar prescrição médica	<b>Prescrição de Medicamento errado</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
	<b>Prescrição de Dosagem incorreta</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>

**TABELA 7.4. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Assistência de Farmácia (Continua)**

<b>Atividades de Assistência de Farmácia</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G (Gravidade)</b>	<b>F (Frequência)</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Analisar prescrição médica	<b>Reação Adversa do organismo do usuário ao medicamento</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Providenciar medicamento solicitado	Providenciar medicamento errado	2	1	2
	Esquecer de providenciar medicamento	4	1	4
Unitarizar medicamentos	Unitarizar medicamento em quantidade incorreta	5	1	5
Disponibilizar medicamento solicitado	Disponibilizar medicamento errado	2	2	4
	Disponibilizar medicamento na dose incorreta	5	1	5
	Disponibilizar medicamento para o período errado	3	1	3
Dar baixa no Sistema de Controle de Estoque	Não dar baixa no Sistema e o medicamento ter sido repassado à Enfermagem e vice-versa	2	1	2
Elaborar relatório de saída de medicamentos	Relatar uma quantidade maior ou menor de medicamento repassada do que a que efetivamente foi repassada no dia	1	2	2
Aferir medida de produtividade	Super-estimar ou Sub-estimar número de prescrições ocorridas no mês	1	2	2
<b>Monitorar nível de estoque</b>	<b>Falta de medicamento</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
Conferir medicamentos dos carrinhos de emergência da Enfermagem	Abastecimento incompleto do carrinho em desacordo com o que foi solicitado pela Enfermagem	5	1	5

**TABELA 7.4. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Assistência de Farmácia (Continua)**

<b>Atividades de Assistência de Farmácia</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G (Gravidade)</b>	<b>F (Frequência)</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Acondicionar medicamentos com prazo de validade expirado	<b>Não acondicionamento de algum medicamento que está com o prazo de validade vencido</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Controlar temperatura de refrigeração dos medicamentos termolábeis	<b>Medicamentos armazenados em temperatura inadequada</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
	<b>Perda da efetividade do medicamento</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Registrar prescrições de medicamentos psicotrópicos em Livro de Controle de Prescrições	Relatar uma quantidade maior ou menor de medicamento repassada do que a que efetivamente foi repassada	3	1	3
	Registrar erroneamente dados de alguma prescrição (data, número, quantidade)	2	1	2

**TABELA 7.4. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Assistência de Farmácia**

Os riscos que obtiveram maior pontuação foram considerados como sendo críticos. Assim, os riscos críticos são aqueles inerentes às atividades de:

- Analisar prescrição médica: mais especificamente quanto aos riscos de: Prescrição de Medicamento Errado, Prescrição de Dosagem Incorreta e Reação Adversa do organismo do usuário ao medicamento administrado;
- Monitorar nível de Estoque: mais especificamente quanto ao risco de Falta de Medicamento;
- Acondicionar medicamentos com prazo de validade expirado: mais especificamente quanto ao risco de não-acondicionamento de algum medicamento que esteja com o prazo de validade expirado;

- Controlar a temperatura de refrigeração dos medicamentos termolábeis: mais especificamente quanto ao risco de armazenagem inadequada, em termos de temperatura, dos medicamentos e ao risco de Perda da Efetividade do Medicamento refrigerado em temperatura inadequada.

Com o intuito de monitorar e evitar a ocorrência de tais riscos (evitando que esses riscos se tornassem eventos adversos), foram implantadas medidas preventivas e corretivas, além de procedimentos operacionais de prevenção documentados para cada risco. De forma complementar, foi implantado um registro de notificação de eventos adversos que, para o caso da Farmácia, foram os Formulários de Notificação de Reação Adversa à Medicamento e Queixa Técnica. Além disso, no Quadro 7.12, são apresentadas as medidas de prevenção para os riscos críticos mapeados que foram implantadas na Unidade A.

<b>Atividade de Assistência de Farmácia</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Analisar prescrição médica	Prescrição de medicamento errado	Registro Clínico da Qualidade contendo os tipos de medicamento, as opções disponíveis para cada tipo e os possíveis efeitos colaterais.	Registro de Notificação de Reação Adversa a medicamento
	Prescrição de dosagem incorreta	Registro Clínico da Qualidade contendo as interações medicamentosas e concentrações adequadas para diluições medicamentosas.	Registro de Notificação de Reação Adversa a medicamento
	Reação Adversa do organismo do usuário ao medicamento	Registro Clínico da Qualidade contendo as interações medicamentosas e concentrações adequadas para diluições medicamentosas.	Registro de Notificação de Reação Adversa a medicamento

**QUADRO 7.12. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Assistência de Enfermagem (Continua)**

<b>Atividade de Assistência de Farmácia</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Monitorar nível de estoque	Falta de Medicamento	-Registro da quantidade de entrada e saída diária de medicamentos da farmácia para a Enfermagem - Controle de Estoque complementado por registros com históricos de demandas anteriores referentes às quantidades e aos tipos de medicamentos mais demandados.	- Ficha de Requisição de carga adicional de medicamento
Acondicionar medicamentos com prazo de validade expirado	Não acondicionamento de algum medicamento que está com o prazo de validade vencido	- Registro contendo os meses e anos de vencimento de cada lote de medicamento adquirido - Procedimento Operacional documentado: “Acondicionar medicamentos com prazo de validade expirado” -Registros da Qualidade associados a tal Procedimento	- Registro de Notificação de ocorrência de não-conformidade, identificando: lote, tipo de medicamento e data de ocorrência
Controlar temperatura de refrigeração dos medicamentos termolábeis	Medicamentos armazenados em temperatura inadequada	- Procedimento Operacional documentado: “Aferir temperatura do refrigerador” - Registros da Qualidade associados a tal Procedimento	Registro de Notificação de não-conformidade, identificando: data de ocorrência, turno, horário, temperatura aferida e conduta adotada
	Perda da efetividade do medicamento		Registro de Notificação de Queixa Técnica/ Suspeita de desvio da Qualidade do medicamento

**QUADRO 7.12. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Assistência de Enfermagem**

#### 7.4.2.4 Mapeamento dos Riscos de Diagnóstico

A pesquisa-ação, em parceria com profissionais do setor de Radiologia, buscou associar os riscos inerentes às atividades do microprocesso considerado crítico para Diagnóstico: o Diagnóstico por Imagem. Para tal, foram enfocados os exames mais realizados na Unidade A: raio-x de tórax, raio-x de seios faciais e ultrassonografia mamária. O quadro 7.13 apresentada a relação entre as atividades de Diagnóstico por Imagem e seus respectivos riscos.

<b>Atividades de Diagnóstico por Imagem</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>
Analisar solicitação de exame de imagem (EI)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Solicitação ilegível</li><li>- Solicitação contendo erros (posição, vista)</li><li>- Solicitação incompleta (posição, vista, orientação do corte, topograma, técnica, recomendação)</li></ul>
Preparar usuário para o EI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Injeção de contraste mal aplicada</li><li>- Administração de contraste inadequado</li><li>- Extravasamento do meio radiopaco</li><li>- Administração de contraste em dosagem incorreta (super, ou subdosagem)</li><li>- Reação adversa ao contraste</li><li>- Posicionamento inadequado do usuário</li></ul>
Realizar o EI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparação inadequada do equipamento</li><li>- Superexposição do usuário à radiação</li></ul>
Revelar EI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perda de Filme de raio-x</li><li>- Exames refugados</li><li>- Exames com artefatos (falhas de revelação)</li><li>- Repetição de exame refugado</li><li>- Tempo de espera elevado</li></ul>
Encaminhar EI e usuário de volta ao médico	<ul style="list-style-type: none"><li>- Troca de laudo</li></ul>
Digitalizar laudo médico	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo ilegível</li><li>- Laudo incompleto</li><li>- Laudo digitalizado com erros</li><li>- Erro de identificação do laudo</li></ul>

**QUADRO 7.13. Atividades do microprocesso Diagnóstico por Imagem e seus respectivos riscos**

Os resultados da avaliação dos riscos inerentes às atividades de Diagnóstico por Imagem são mostrados na tabela 7.5. Os riscos que, ao final da avaliação, foram considerados críticos estão destacados em negrito.



<b>Atividades de Diagnóstico por Imagem</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G</b>	<b>F</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Analisar solicitação de exame de imagem (EI)	<b>Solicitação ilegível</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
	Solicitação contendo erros (posição, vista)	4	1	4
	Solicitação incompleta (posição, vista, orientação do corte, topograma, técnica, recomendação)	4	1	4
Preparar usuário para o EI	Injeção de contraste mal aplicada	5	1	5
	Administração de contraste inadequado	5	1	5
	Extravasamento do meio radiopaco	5	1	5
	<b>Administração de contraste em dosagem incorreta (super, ou subdosagem)</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
	<b>Reação adversa ao contraste</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
	Posicionamento inadequado do usuário	3	1	3
Realizar o EI	Preparação inadequada do equipamento	3	1	3
	Superexposição do usuário à radiação	5	1	5
Relevar o EI	<b>Perda de Filme de raio-x</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
	<b>Exames refugados</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
	<b>Exames com artefatos (falhas no exame devido à revelação)</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
	<b>Repetição de exame refugado</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
	Tempo de espera elevado	3	1	3
Encaminhar EI e usuário de volta ao médico	Troca de laudo	5	1	5
Digitalizar laudo médico	<b>Laudo ilegível</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
	Laudo incompleto	4	1	4
	Laudo digitalizado com erros	5	1	5
	Erro de identificação do laudo	5	1	5

**TABELA 7.5. Avaliação dos riscos das atividades do microprocesso Diagnóstico por Imagem**

Os riscos que obtiveram maior pontuação foram considerados como sendo críticos. Assim, os riscos críticos são aqueles inerentes às atividades de:

- Analisar solicitação de EI: mais especificamente quanto ao risco de recebimento de solicitação de EI redigido com letra ilegível pelo médico;
- Preparar usuário para o EI: mais especificamente quanto aos riscos de: administração de contraste em dosagem incorreta (super dosagem ou subdosagem); e reação adversa do organismo do usuário ao contraste administrado;
- Revelar EI: mais especificamente quanto aos riscos de perda de filme de raio-x, exames refugados, exames com artefatos (falhas decorrentes da

atividade de revelação dos exames, como: marcas nas áreas claras e escuras da imagem, estrias, pontos negros, etc.), e repetição de exame refugado;

- Digitalizar laudo: mais especificamente quanto ao risco de recebimento de laudo escrito de forma ilegível pelo médico para digitalização.

Com o intuito de monitorar e evitar a ocorrência de tais riscos (evitando que esses riscos se tornassem eventos adversos), foram implantadas medidas preventivas e corretivas, além de procedimentos operacionais documentados para os exames de imagem como realizados (raio-x de tórax, raio-x de seios da face e ultrassonografia mamária). O Quadro 7.14 apresenta as medidas implantadas para os riscos críticos mapeados no microprocesso de Diagnóstico por Imagem.

<b>Atividade de Diagnóstico por Imagem</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Analisar solicitação de EI	Solicitação ilegível	- Dupla checagem das informações contidas na solicitação (pelo profissional da Radiologia e pelo médico)	- Advertência escrita pela Chefia de Radiologia
Preparar usuário para o EI	Administração de contraste em dosagem incorreta	- Tabela contendo as dosagens adequadas os exames mais realizados	- Ficha de Notificação de erro de Dosagem para Contrastantes
	Reação Adversa ao contrastes	- Protocolos para os exames mais realizados	- Ficha de Notificação de Reação Adversa
Revelar o EI	Perda de Filme de raio-x	- Protocolo para revelação de EI	- Registro de não-conformidade
	Exames refugados	- Protocolo para os exames mais realizados - Tabela Geral com a síntese das informações necessárias à realização do exame	- Registro de não-conformidade

**QUADRO 7.14. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Diagnóstico por Imagem (Continua)**

<b>Atividade de Diagnóstico por Imagem</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Revelar o EI	Exames com artefatos (falhas no exame devido à revelação)	- Protocolo para revelação de EI	- Registro de não-conformidade
	Repetição de exame refugado	- Protocolo para os exames mais realizados	- Ficha de Comunicação Interna para informar o Faturamento
Digitizar laudo médico	Laudo ilegível	- Dupla checagem das informações contidas no laudo (pelo profissional da Radiologia e pelo médico)	- Advertência escrita pela equipe de Educação Continuada

**QUADRO 7.14. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Diagnóstico por Imagem**

A pesquisa-ação propôs, ainda, a utilização, pelos profissionais de Diagnóstico por Imagem, de dosímetros individuais, visando medir e dosar a exposição à radiação ionizante. A leitura é individual e mensal e os dados seriam mantidos arquivados pela Unidade durante toda a vida ativa desses profissionais. Tal proposta encontra-se em fase de análise pela Alta Administração da Unidade A.

#### **7.4.2.5 Mapeamento dos Riscos de Saída**

A pesquisa-ação, em parceria com profissionais de Enfermagem, Faturamento, Contabilidade e Acolhimento Domiciliar, buscou associar os riscos inerentes às atividades dos microprocessos de Saída: Alta, Transferência, e Óbito. O quadro 7.15 apresentada a relação entre as atividades de Saída e seus respectivos riscos.

<b>Microprocessos de Saída</b>	<b>Atividades do microprocesso</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>
Alta	Receber relatório de alta	- Não recebimento do relatório de alta
	Comunicar Faturamento	- Não comunicação do Faturamento
	Se Alta pós-internação: Contatar família e acompanhar usuário até a saída	- Não comunicação da família sobre a alta - Não atualização do registro interno contendo nomes dos usuários que se encontram internados na Unidade - Fuga de paciente internado
Transferência	Receber relatório de alta	- Não recebimento do relatório de alta
	Solicitar vaga para internação do usuário à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município	- Falta de leitos de internação na Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município - Tempo de espera, por leito de internação, elevado - Demora em contatar a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município para Transferência
	Comunicar transferência ao Faturamento	- Não comunicação do Faturamento sobre a transferência do usuário - Não atualização do registro interno contendo nomes dos usuários admitidos na Unidade
	Remover usuário	- Ambulância indisponível para locomoção - Ambulância com preparação interna (aparelhagem, materiais, instrumentos, kit médico-hospitalar) inadequada - Locomoção inadequada do usuário até a ambulância
Óbito	Encaminhar corpo ao Morgue	-----
	Comunicar família	- Não comunicação da família - Demora em comunicar a família sobre o óbito do usuário
	Comunicar Faturamento	- Não comunicação do Faturamento sobre o óbito do usuário - Não atualização do registro interno contendo os nomes de usuários internados na Unidade

**QUADRO 7.15. Microprocessos de Saída, suas respectivas atividades e riscos (Continua)**

<b>Microprocessos de Saída</b>	<b>Atividades do microprocesso</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>
Óbito	Emitir fichas de óbito	- Não emissão de alguma das vias da ficha de notificação de óbito - Tempo elevado em emitir a documentação do óbito - Ficha de notificação preenchida de forma incompleta
	Liberar corpo	- Tempo elevado para liberação do corpo - Atraso na liberação do corpo

**QUADRO 7.15. Microprocessos de Saída, suas respectivas atividades e riscos**

Os resultados da avaliação dos riscos inerentes às atividades de cada microprocesso que compõe Saída são mostrados na tabela 7.6. Os riscos que, ao final da avaliação, foram considerados críticos estão destacados em negrito.

<b>Microprocesso de Saída</b>	<b>Atividades do Microprocesso</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G</b>	<b>F</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Alta	Receber relatório de alta	Não recebimento do relatório de alta	4	1	4
	Comunicar Faturamento	Não comunicação do Faturamento	5	1	5
	Se Alta pós-internação: Contatar família e acompanhar usuário até a saída	Não comunicação da família sobre a alta	5	1	5
		<b>Não atualização do registro interno contendo nomes dos usuários que se encontram internados na Unidade</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
		Fuga de paciente internado	5	1	5
Transferência	Receber relatório de alta	Não recebimento do relatório de alta	5	1	5
	Solicitar vaga para internação de usuário à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município	<b>Falta de leitos de internação na Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
		<b>Tempo de espera, por leito de internação, elevado</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

**TABELA 7.6. Avaliação dos riscos das atividades inerentes aos microprocessos de Saída (Continua)**

Microprocesso de Saída	Atividades do Microprocesso	Riscos Associados à Atividade	G	F	Produto (GxF)
Transferência	Solicitar vaga para internação de usuário à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município	Demora em contatar a Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município para Transferência	5	1	5
	Comunicar transferência ao Faturamento	Não comunicação do Faturamento sobre a transferência do usuário	5	1	5
		<b>Não atualização do registro interno contendo nomes dos usuários admitidos na Unidade</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Transferência	Remover usuário	Ambulância indisponível para locomoção	5	1	5
		Ambulância com preparação interna (aparelhagem, materiais, instrumentos, kit médico-hospitalar) inadequada	5	1	5
		Locomoção inadequada do usuário até a ambulância	5	1	5
Óbito	Comunicar família	Não comunicação da família	5	1	5
		Demora em comunicar a família sobre o óbito do usuário	5	1	5
	Comunicar Faturamento	Não comunicação do Faturamento sobre o óbito do usuário	4	1	4
		<b>Não atualização do registro interno contendo os nomes de usuários internados na Unidade</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

TABELA 7.6. Avaliação dos riscos das atividades inerentes aos microprocessos de Saída (Continua)

<b>Microprocesso de Saída</b>	<b>Atividades do Microprocesso</b>	<b>Riscos Associados à Atividade</b>	<b>G</b>	<b>F</b>	<b>Produto (GxF)</b>
Óbito	Emitir fichas de óbito	Não emissão de alguma das vias da ficha de notificação de óbito	5	1	5
		Tempo elevado em emitir a documentação do óbito	5	1	5
		Ficha de notificação preenchida de forma incompleta	5	1	5
	Liberar corpo	Tempo elevado para liberação do corpo	5	1	5
		Atraso na liberação do corpo	5	1	5

**TABELA 7.6. Avaliação dos riscos das atividades inerentes aos microprocessos de Saída**

Os riscos que obtiveram maior pontuação foram considerados como sendo críticos. Assim, os riscos críticos são aqueles inerentes às atividades de:

- Comunicar Faturamento em caso de alta hospitalar do usuário internado: mais especificamente, quanto ao risco de não atualização do registro interno que contém nomes dos usuários que se encontram internados na Unidade;
- Solicitar vaga para internação de usuário à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município: mais especificamente quanto aos riscos de falta de leitos de internação na Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município, e de tempo de espera, por disponibilização de leito, elevado;
- Comunicar transferência ao Faturamento: mais especificamente quanto aos riscos de não atualização do registro interno que contém nomes dos usuários admitidos na Unidade;
- Comunicar óbito ao Faturamento: mais especificamente quanto aos riscos de não atualização do registro interno que contém nomes dos usuários internado na Unidade.

Conforme pode ser observado na tabela 7.6, os riscos críticos de Saída relacionam-se com atividades ligadas à comunicação interna. No caso do macroprocesso Saída, tal deficiência é consequência da ineficácia comunicativa existente entre os macroprocessos de Atendimento (recepção), Consulta Médica e Enfermagem.

Em observância a tal deficiência, o pesquisador e o Comitê de pesquisa-ação definiram como alternativa de solução a adoção de um sistema de informação moderno para interligação dos macroprocessos críticos e que confira maior eficácia de comunicação entre os mesmo. Atualmente, a Unidade está negociando uma parceria com empresas especializadas em Tecnologia de Informação para adoção desse sistema. O Quadro 7.16 apresenta outras medidas implantadas para o macroprocesso Saída.

<b>Atividade de Saída</b>	<b>Risco Crítico Mapeado</b>	<b>Medida Preventiva Implantada</b>	<b>Medida Corretiva Implantada</b>
Solicitar vaga para internação de usuário à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município	Falta de leitos de internação na Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município	Relação de serviços e centros de referência em especialidades alternativos à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município para os quais podem ser transferidos os usuários	Manter as enfermarias em prontidão para a internação do usuário na Unidade A até que haja disponibilidade de leitos em outras Unidades
	Tempo de espera, por leito de internação, elevado	Relação de serviços e centros de referência em especialidades alternativos à Unidade de Serviços Médico-Hospitalares de Referência do município para os quais podem ser transferidos os usuários	Manter as enfermarias em prontidão para a internação do usuário na Unidade A até que haja disponibilidade de leitos em outras Unidades
Comunicar Faturamento	Não atualização dos registros internos referentes aos usuários admitidos, internados, transferidos, ou em óbito	Sistema de informação que interligue os macroprocessos críticos da Unidade (proposta sob análise)	Ficha de Comunicação Interna

**QUADRO 7.16. Medidas Preventivas e Corretivas para os Riscos Críticos de Saída**



### 7.4.3 Plano de Ação III: Concepção e Implantação de Indicadores de Desempenho

O Plano de Ação III, Concepção e Implantação de Indicadores de Desempenho, consistiu em associar, aos macroprocessos críticos mapeados e a seus riscos críticos, um conjunto de indicadores de diferentes tipos (assistenciais, hospitalares gerais, gestão de recursos e qualidade da assistência). Os indicadores hospitalares gerais são aqueles exigidos pelo Ministério da Saúde e medem o desempenho geral do atendimento prestado pela Unidade de Serviços Médico-Hospitalares. Os indicadores de tal tipo já eram medidos pela Unidade A antes da realização da pesquisa-ação e podem ser observados no Quadro 7.17.

Os indicadores assistenciais relacionam-se ao desempenho das atividades diretamente ligadas aos cuidados prestados ao usuário quando de sua admissão. Já os indicadores de gestão de recursos buscam monitorar e medir o desempenho das atividades indiretamente ligadas aos cuidados prestados aos usuários da Unidade. Por fim, indicadores da qualidade da assistência medem a avaliação da qualidade da assistência prestada pela Unidade aos usuários a partir da perspectiva destes. Os indicadores propostos pela pesquisa-ação são apresentados no Quadro 7.18.

<b>Indicadores Hospitalares Gerais medidos pela Unidade A</b>	<b>Macroprocesso correspondente ao indicador geral</b>
Taxa de Infecção Hospitalar	Apoio Técnico
Taxa de profissionais por leito	Liderança e Administração
Horas de treinamento	Recursos Humanos
Taxas de acidentes de trabalho	Liderança e Administração
Taxa de rotatividade de profissionais	Recursos Humanos
Taxa de absenteísmo	Recursos Humanos
Número de atendimentos no período	Liderança e Administração
Porcentagem de atendimento por tipo de doença	Liderança e Administração
Tempo médio de espera por atendimento	Liderança e Administração
Taxa de reinternação em 15 dias	Atendimento
Taxa de Mortalidade	Saída
Taxa de Ocupação de leitos	Saída
Tempo médio de permanência em internação	Saída
Índice de Altas hospitalares em 72 horas	Saída

**QUADRO 7.17. Indicadores hospitalares gerais e o macroprocesso associado ao indicador**

<b>Macroprocesso Crítico</b>	<b>Microprocesso Crítico</b>	<b>Indicadores propostos</b>
Tratamento	Consulta Médica	Gestão de recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de prescrições médicas diárias</li> <li>• Taxa de prescrições médicas suspensas</li> <li>• Taxa de prescrições adicionais de medicamentos</li> <li>• Taxa de solicitação de exame de imagem por atendimento</li> <li>• Taxa de prescrições com erros</li> </ul>
		Assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentagem de prescrições de antibiótico superiores a 72 horas</li> <li>• Porcentagem de prescrições de antibióticos superiores a 72 horas</li> </ul>
	Assistência de Enfermagem	Gestão de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentagem de enfermeiros com especialização <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de treinamento da Enfermagem</li> </ul> </li> <li>• Taxa de acidentes de trabalho na Enfermagem</li> <li>• Taxa de enfermeiros por leito</li> </ul>
		Assistenciais <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência de Queda de Pacientes</li> <li>• Incidência de UPP</li> <li>• Porcentagem de Estadiamentos de UPP <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência de Flebite</li> </ul> </li> <li>• Porcentagem de Estadiamento de Flebite</li> <li>• Incidência de não-conformidades relacionadas à administração de medicamentos</li> </ul>
	Assistência de Farmácia	Gestão de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de pacientes com prescrições avaliadas</li> <li>• Taxa de pacientes com prescrições avaliadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de Erro de Inventário</li> </ul> </li> <li>• Taxa de Medicamentos Entregues fora do Prazo pelo Fornecedor</li> <li>• Índice de notificações de reações adversas a medicamentos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Giro de Estoque</li> <li>• Taxa de aquisição de medicamentos não padronizados</li> </ul> </li> </ul>

**QUADRO 7.18. Macroprocessos e Microprocessos Críticos e os indicadores propostos pela pesquisa-ação (Continua)**

<b>Macroprocesso Crítico</b>	<b>Microprocesso Crítico</b>	<b>Indicadores propostos</b>
Tratamento	Assistência de Farmácia	Gestão de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Giro de Estoque</li> <li>• Taxa de aquisição de medicamentos não padronizados</li> <li>• Taxa de medicamentos com validade expirada</li> </ul>
		Assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de erros no fracionamento de doses unitárias de medicamentos</li> <li>• Índice de falta de medicamentos</li> <li>• Índice de notificações de queixa técnica de medicamento</li> <li>• Índice de notificações de reações adversas a medicamentos</li> </ul>
Diagnóstico	Diagnóstico por Imagem	Gestão de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentagem de perda de filme de raio-x</li> <li>• Incidência de não-conformidades na utilização de filmes de raio-x</li> <li>• Porcentagem de filmes afetados por artefatos</li> <li>• Porcentagem de exames refugados</li> </ul>
		Assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo de espera, entre a solicitação e a execução do exame;</li> <li>• Índice de exame de imagem por paciente</li> <li>• Taxa de repetições de exames no período;</li> <li>• Incidência de reação adversa a contraste</li> </ul>

**QUADRO 7.18. Macroprocessos e Microprocessos Críticos e os indicadores propostos pela pesquisa-ação (Continua)**

<b>Macroprocesso Crítico</b>	<b>Microprocesso Crítico</b>	<b>Indicadores propostos</b>
Saída	Alta	Hospitalares Gerais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de Alta inferior à 48 horas</li> <li>• Taxa de Alta superior à 48 horas</li> <li>• Taxa de rotatividade de leitos</li> <li>• Intervalo de substituição (tempo entre a saída de um usuário e a internação de outro)</li> </ul>
		Qualidade da Assistência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de satisfação do usuário</li> </ul>
	Transferência	Hospitalares Gerais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo de espera para transferência</li> <li>• Taxa de rotatividade de leitos</li> <li>• Intervalo de substituição</li> </ul>
		Qualidade da Assistência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de satisfação do usuário</li> </ul>
	Óbito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de ocorrência de óbito após 72 horas da internação</li> <li>• Taxa de ocorrência de óbito antes de 72 horas da internação</li> <li>• Taxa de rotatividade de leitos</li> <li>• Intervalo de substituição</li> </ul>
		Qualidade da Assistência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de satisfação</li> </ul>

**QUADRO 7.18. Macroprocessos e Microprocessos Críticos e os indicadores propostos pela pesquisa-ação**

A pesquisa-ação elaborou, ainda, um *layout* de registro para os indicadores propostos que poderia ser adotado pela Unidade quando da implantação dos mesmos. Esse *layout* é retratado na figura 7.10, a qual mostra um exemplo de registro para o indicador assistencial de enfermagem denominado Incidência de Flebite.

	<b>Incidência de Flebite</b>	<b>Código: RQAE- 002</b>
<b>Definição:</b> relação entre o número de casos de flebite no período e o número de pacientes-dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.		
<b>Fórmula para Cálculo:</b> $\text{Incidência de Flebite} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos de flebite no período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes dia com acesso venoso periférico}}$		
<b>Responsável pelo dado:</b> Enfermagem		
<b>Frequência de Levantamento:</b> Mensal		
<b>Dimensão da coleta:</b> Todas as unidades da Instituição		
<b>Observações:</b> Flebite = presença de um processo inflamatório na parede da veia, em geral associado a dor, eritema, endurecimento do vaso ou presença de cordão fibroso.		
<b>Recomenda-se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar o acesso imediatamente ao primeiro sinal ou queixa de dor;</li> <li>• Preencher o formulário de notificação de flebite;</li> <li>• Notificar o médico responsável se flebite com intensidade “3+” (Anexo B);</li> <li>• Inspeccionar o local e evolução dos sinais flogísticos a cada 6 horas;</li> <li>• Realizar anotação de enfermagem relacionada ao local, se mantendo salinizado ou com soroterapia, descrevendo os sinais/sintomas e condutas;</li> <li>• Realizar a prescrição de enfermagem;</li> </ul>		
<b>Protocolos de Enfermagem Associados:</b> PAE- N° 062: Inserir Acesso Venoso PAE- N° 063: Puncionar Veia		

FIGURA 7.10. *Layout* de registro de indicador elaborado pela pesquisa-ação (Incidência de Flebite)

## 7.5 Avaliação e Monitoramento dos Resultados

As ações implantadas foram avaliadas a partir de pesquisas internas aferindo a percepção dos profissionais a respeito da melhoria dos processos/procedimentos alterados. Para os procedimentos mal-avaliados foram elaboradas novas propostas de melhoria, as quais foram, submetidas à validação pelo Comitê de pesquisa-ação e, finalmente, implementadas. Dentre os procedimentos que passaram por melhorias em função de má avaliação estão: lavagem das mãos, controle de temperatura de medicamentos termolábeis, dispensação de medicamentos, aquisição de medicamentos, armazenagem de medicamentos, preparação de medicamentos e administração de medicamentos.

Os processos que foram associados a indicadores tiveram seu desempenho avaliado, também, a partir de medições mensais e de reuniões de Análise Crítica dessas

medições. A partir de tais reuniões, foram definidas as necessidades de capacitação e as prioridades referentes à alocação dos recursos.

A etapa de Avaliação e Monitoramento dos Resultados proposta por Coughlan e Coughlan (2002), acabou sendo realizada de modo superficial em razão do curto horizonte de duração da pesquisa-ação (seis meses). Esse horizonte de tempo reduzido impediu que o monitoramento e avaliação das ações implantadas estivessem fundamentados em medições numéricas de desempenho ou na evolução destas ao longo dos meses.

Assim sendo, a avaliação e monitoramento dos resultados proporcionados por cada Plano de Ação baseou-se mais em aferições subjetivas (percepção dos profissionais sobre a melhoria dos processos) do que em aferições objetivas (medições numéricas, indicadores, evolução do desempenho dos indicadores, etc.). A percepção dos profissionais foi avaliada por meio de uma pesquisa informal que teve a participação de vinte e um enfermeiros, três profissionais da farmácia, cinco profissionais da Alta Administração.

Os participantes dessa pesquisa foram abordados durante o expediente de trabalho com a questão: “Em sua opinião, as ações realizadas pela pesquisa, como implantação de registros, novo *layout* dos procedimentos operacionais, carimbos, folders, pulseiras, palestras de explicativas e registros para não-conformidades”:

1. Melhoraram a rotina de trabalho: as ações produziram melhorias nas atividades diárias e facilitaram a rotina de trabalho do profissional;
2. Não produziram mudanças perceptíveis na rotina de trabalho: as ações não repercutiram nas atividades dos profissionais, não sendo notadas diferenças entre a forma com que os procedimentos eram realizados antes e o modo como são realizados após a pesquisa. Portanto, sou “Indiferente”;
3. Pioraram a realização das atividades: as ações dificultaram a realização e o entendimento das atividades diárias, além de gerar procedimentos confusos e complicados sob o ponto de vista de aplicação.

Os participantes emitiram sua opinião sobre as ações de melhoria, classificando-as em uma dessas três alternativas.

De modo geral, foi positiva, a percepção emitida por profissionais dos setores da Unidade (Enfermagem, Farmácia, Radiologia e Alta Administração) diretamente afetados pelas ações de melhoria implantadas pela pesquisa-ação. Estas foram avaliadas por 72% dos participantes como “melhorou”, isto é, as ações efetivamente produziram melhorias à rotina de trabalho do setor. 10% dos participantes mostraram-se “indiferentes” as ações implementadas, pois não observaram diferenças entre práticas anteriores e posteriores à

pesquisa-ação. Finalmente, 18% avaliaram negativamente as ações, afirmando que as mesmas dificultaram a realização das atividades rotineiras.

Aqueles que avaliaram positivamente a pesquisa-ação, afirmaram que as ações implantadas reduziram a ocorrência de erros nos processos, aumentaram sua velocidade, racionalizaram os fluxos entre os processos e tornaram a gestão geral da Unidade A mais eficiente na medida em que esta passou a apoiar-se em evidências (indicadores), padrões pré-estabelecidos, foco em resultados, e na melhoria contínua dos processos da Unidade baseada no desempenho desses resultados.

Foi possível observar que a avaliação negativa da pesquisa-ação (18%), deveu-se, principalmente, à resistência e ruptura de paradigmas culturais apresentados pelos profissionais em relação aos valores e padrões inseridos pelas ações de melhoria aplicadas pela pesquisa-ação.

Com relação às ações de curto, médio e longo prazo, foi possível implementar vinte e três das quarenta e oito ações previstas na etapa quatro (Plano de Ação), ou seja, 48%. As ações mais implementadas foram as de curto prazo, dezessete das 19 propostas ou 89%, as únicas que não foram passíveis de aplicação foram: o levantamento do número de atendimentos mensais baseado no CID-10 e a inclusão do código CID-10 como campo de preenchimento nas fichas de atendimento ambulatorial dos usuários.

Quanto as ações de médio prazo, foi possível implementar apenas quatro das dezoito ações propostas na etapa de Plano de Ação, ou seja, 22%. As ações implantadas neste caso foram:

- Implantação de procedimentos operacionais (protocolos) de prevenção dos riscos assistenciais críticos mapeados;
- Divulgação dos princípios e conceitos da Gestão de Risco aos profissionais por meio de palestras explicativas e eventos da Unidade;
- Capacitação dos profissionais nos procedimentos operacionais (protocolos) de prevenção dos riscos críticos mapeados;
- Realização de levantamentos mensais sobre a ocorrência de eventos adversos;

A não implantação das demais quatorze ações de médio prazo deveu-se a duas limitações principais:

- Limitação (indisponibilidade) de recursos financeiros: enquadram-se neste caso as seguintes ações: Sinalização dos setores mais procurados pelos

usuários durante o atendimento; Compatibilizar o número de profissionais de enfermagem e de farmácia com a demanda atendida; Formação de uma Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos.

- Limitação do horizonte de tempo de duração da pesquisa-ação: enquadrar-se neste caso: Desdobramento dos processos não-críticos da Unidade em microprocessos e em atividades; Implantação do Manual de Procedimentos Operacionais; Capacitação dos profissionais segundo os procedimentos do Manual para que estes sejam efetivamente aplicados durante o atendimento prestado aos usuários; Identificação e documentação dos riscos (profissionais, assistenciais, ambientais, clínicos, institucionais) inerentes aos processos não-críticos da Unidade; Implantação de indicadores de desempenho propostos aos processos críticos da Unidade; Proposição de indicadores aos demais processos; Implantação de indicadores de desempenho dos demais processos da Unidade; Realização de Análise Crítica setorial para tratamento imediato da não-conformidade ocorrida, apurando-se as causas e orientando corretamente os profissionais responsáveis pela não-conformidade; Fundamentar capacitação ministrada pela Educação Continuada segundo os indicadores implantados.

Houve, ainda, tentativas de implantação de outras ações, mas estas não foram obtiveram os resultados esperados e/ou não foram bem recebidas (aceitas) pelos profissionais. Por isso, acabou-se optando pela desistência da aplicação das mesmas. As ações mal-sucedidas foram:

- Implantação de um Manual para orientação e capacitação da equipe médica contra erros de prescrição;
- Manual para capacitação e orientação da equipe de enfermagem à realização de curativos e classificação de feridas de pele;
- Tabelas orientativas sobre preparo e administração de medicamentos;
- Adoção de placas de identificação de risco crítico (flebite, UPP e quedas) ao leito do usuário em internação;
- Identificação dos medicamentos unitarizados em etiquetas impressas digitalizadas ou invés da identificação por escrita manual;
- Sistema informatizado próprio de Farmacovigilância para registro e levantamento informatizado das reações adversas a medicamentos.

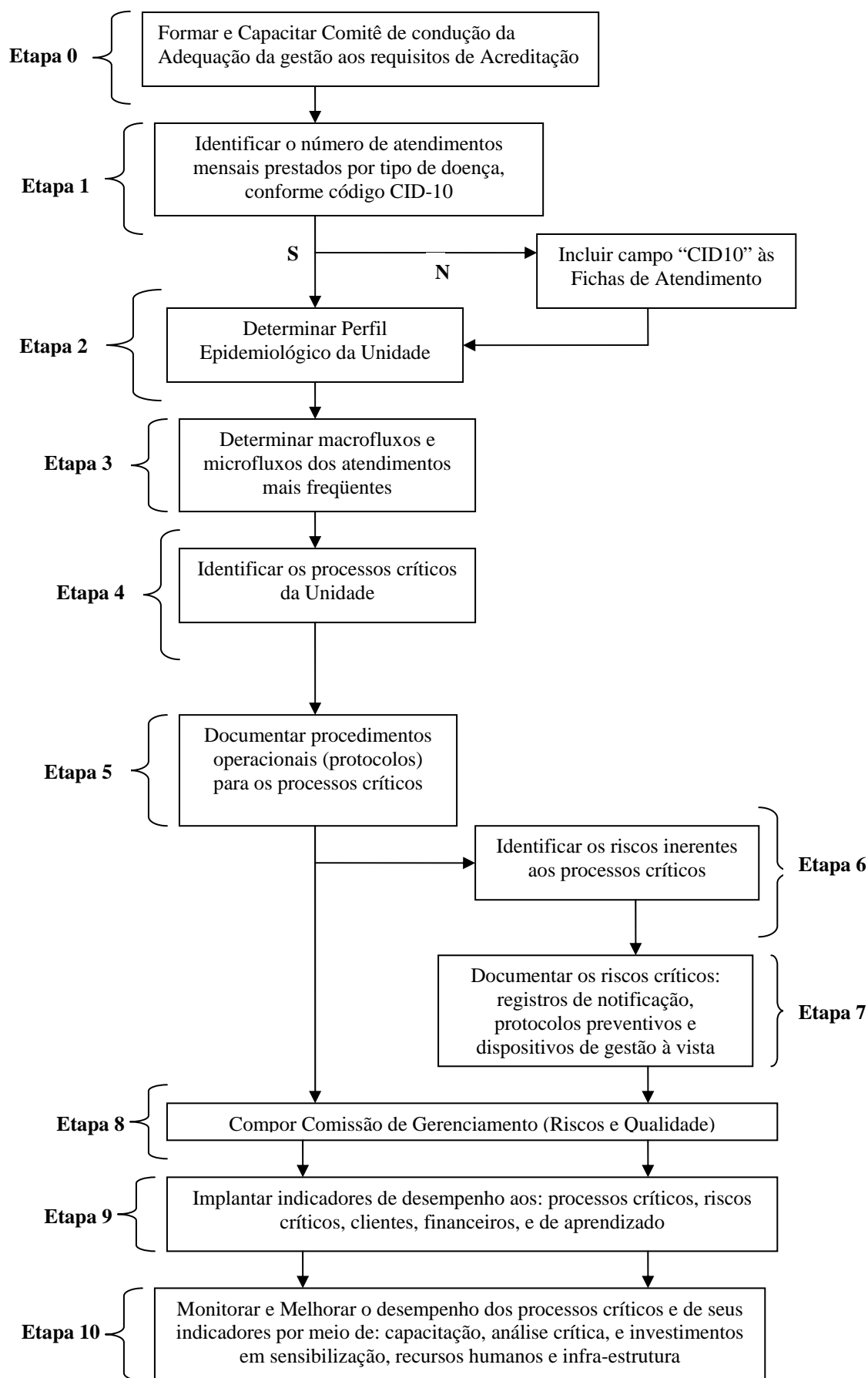


As ações de longo prazo não foram realizadas por apresentarem um horizonte de tempo (vinte e quatro meses) incompatível com o horizonte da pesquisa-ação (seis meses). Dessa forma, esse tipo de ação ficará sob responsabilidade dos próprios profissionais da Unidade ou de outros pesquisadores que, futuramente, venham a assumir a condução da pesquisa.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A sistemática de Gestão da ONA busca estabelecer, para cumprimento, padrões prévios a todos os processos e sistemas que compõem uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares. Trata-se de uma sistemática abrangente de práticas padronizadas, monitoramento e melhoria que transcendem o escopo de um Sistema de Gestão da Qualidade, embora práticas e conceitos deste estejam contidos nas diretrizes inerentes a tal sistemática.

Apesar disso, a ONA não estabelece, em seu Manual de Acreditação, um método que oriente a implantação de sua sistemática de gestão. Paralelamente, durante a realização da pesquisa-ação, foi possível constatar a falta de compreensão dos profissionais da Unidade A sobre as ações e medidas necessária à obtenção do certificado de Acreditação. Por isso, a partir dos conhecimentos adquiridos com a revisão bibliográfica, as observações de campo e as consultas a outras Unidades Acreditadas, foi elaborada uma sistemática com uma seqüência de 10 passos (etapas) fundamentais para implantação da sistemática de gestão da ONA nível Acreditação Plena. Essa sistemática pode ser visualizada na figura 8.1.



**FIGURA 8.1. Etapas (passos) da sistemática para implantação da Sistemática de Gestão da ONA nível Acreditação Plena**

Uma vez realizada a seqüência de etapas da sistemática proposta na figura 8.1, será possível, a qualquer Unidade de Serviço Médico-Hospitalares de pequeno e médio porte, estruturar uma sistemática de gestão compatível com a expressa pela ONA no nível de Acreditação Plena. As dez etapas da sistemática para implantação da Acreditação Hospitalar pode ser dividida em três Macrofasas. Há uma etapa preliminar, etapa 0, referente à tomada de decisão pela Alta Administração da Unidade quanto à adesão da sistemática de gestão da Acreditação e à estruturação e capacitação de um Comitê, de pelo menos seis membros, para conduzir o processo de adequação aos requisitos da ONA. As etapas de 1 a 5 relacionam-se à padronização e documentação das práticas dos processos críticos, compondo a Macrofase I. As etapas 6, 7 e 8 relacionam-se à estruturação do Gestão de Riscos e formam a Macrofase II.

As etapas 9 e 10 compõem a Macrofase III e referem-se à estruturação básica de uma sistemática de Gestão por Evidência com atividades e processos sendo, continuamente, monitorados, avaliados e melhorados, em termos de desempenho, por indicadores, análises críticas, capacitação e sensibilização dos profissionais.

Cada etapa que compõe a sistemática proposta prevê tarefas a serem realizadas pela Unidade de Serviços Médico-Hospitalares. As etapas e suas respectivas tarefas estão descritas de forma mais detalhada no quadro 8.1.

<b>Fases da sistemática de implantação</b>	<b>Etapas da sistemática de implantação</b>	<b>Tarefas da Etapa</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>
Fase Preliminar	Etapa 0	Formar e Capacitar Comitê de Condução da Adequação da gestão aos requisitos de Acreditação da ONA	A Alta Administração deve tomar a decisão de aderir ao processo de Acreditação e um Comitê, com cerca de seis membros, deve ser nomeado e capacitado para conduzir o processo de adequação da gestão aos requisitos da ONA
	Etapa 1	Identificar o número de atendimentos mensais prestados por tipo de doença, conforme código CID-10	A Unidade deve, inicialmente, medir o número de atendimentos classificando-os segundo o tipo de doença expresso pelo código CID-10
	Etapa 2	Determinar Perfil Epidemiológico da Unidade	Distribuir os tipos de doença medidos na Etapa 1 em percentuais e focalizar os tipos mais frequentes

**QUADRO 8.1. Sistemática para Implantação da sistemática da ONA: etapas, tarefas e descrição (Continua)**

<b>Fases da sistemática de implantação</b>	<b>Etapas da sistemática de implantação</b>	<b>Tarefas da Etapa</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>
Macrofase I	Etapa 3	Determinar macrofluxos e microfluxos dos atendimentos mais frequentes	Identificar, em registros e mapas, o fluxo seguido pelos atendimentos mais frequentes e o relacionamento entre todos os processos da Unidade
	Etapa 4	Identificar os processos críticos da Unidade	Identificar, dentre os processos mapeados, aqueles que são críticos à Unidade
	Etapa 5	Documentar procedimentos operacionais (protocolos) para os processos críticos	Elaborar procedimentos operacionais documentos (protocolos) associados aos processos críticos
Macrofase II	Etapa 6	Identificar os riscos inerentes aos processos críticos	Identificar os riscos (ambientais, assistenciais, profissionais, clínicos, etc.), documentando-os
	Etapa 7	Documentar os riscos críticos: registros de notificação, protocolos preventivos e dispositivos de gestão à vista	Identificar os riscos mais críticos inerentes aos processos mapeados, documentando-os para monitoramento e melhoria
	Etapa 8	Compor Comissão de Gerenciamento (riscos e Qualidade)	Estruturar uma comissão para monitoramento e operacionalização das práticas de Gestão da Qualidade e de Gerenciamento de Risco
Macrofase III	Etapa 9	Implantar indicadores de desempenho aos: processos críticos, riscos críticos, clientes, financeiros, e de aprendizado	As atividades da sistemática de Gestão da ONA devem ser monitoradas, continuamente, por meio de um conjunto de indicadores que devem ser analisados e melhorados sob a perspectiva de desempenho. Trata-se de uma forma de se iniciar a gestão baseada em evidências.

**QUADRO 8.1. Sistemática para Implantação da sistemática da ONA: etapas, tarefas e descrição (Continua)**

Fases da sistemática de implantação	Etapas da sistemática de implantação	Tarefas da Etapa	Descrição da Tarefa
Macrofase III	Etapa 10	Monitorar e Melhorar o desempenho dos processos críticos e de seus indicadores por meio de: capacitação, análise crítica, e investimentos em sensibilização, recursos humanos e infraestrutura	Realizar, periodicamente, o monitoramento dos indicadores para avaliação do desempenho das práticas de gestão implementadas nas etapas anteriores do Método. Buscar a implementação de melhorias às atividades.

**QUADRO 8.1. Sistemática para Implantação da sistemática da ONA: etapas, tarefas e descrição**

A sistemática de etapas para implantação dos requisitos de Acreditação da ONA apresentada na Figura 8.1 e no Quadro 8.1, apesar de sistematizada, possui como limitação, o fato de ter sido aplicada apenas em uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares (Unidade A). Dessa forma, necessita ser aplicada em um número maior de Unidades de pequeno e médio porte a fim de se testar sua eficácia e validade.

Além da limitação observada para a sistemática, durante a realização da pesquisa, foram enfrentadas diferentes dificuldades. Para realização dos estudos de caso exploratórios, houve dificuldade de acesso às Unidades de Serviços Médico-Hospitalares não Acreditadas. Estas impuseram uma série de obstáculos à participação na pesquisa, como:

- Alegação de indisponibilidade de horários e datas;
- Resistência em responder sobre determinadas questões (indicadores, principais dificuldades existentes, práticas que necessitam de melhoria, emitir opinião sobre o processo de Acreditação brasileiro);
- Falta de compreensão sobre o tema abordado pelas questões das entrevistas: sistemática de gestão expressa pela ONA, práticas de planejamento, controle e melhoria da Gestão da Qualidade.

Com relação às visitas realizadas em Unidades já Acreditadas pela ONA, as principais dificuldades encontradas foram:

- Indisponibilidade, por parte dos gestores, de datas e horários para realizar a entrevista;
- Exigência de um volume numeroso de documentações a serem preenchidas e elaboradas pelo pesquisador e encaminhadas à Comitês de Ética para aprovação da visita;

- O processo de aprovação das visitas consumiu um prazo elevado de tempo até que as visitas fossem autorizadas.

As dificuldades referentes à realização da pesquisa-ação estão relacionadas ao curto horizonte de tempo de duração da mesma (seis meses). Este prazo acabou sendo inferior ao prazo inicial planejado, de um ano, em razão do lento processo de aprovação da realização da pesquisa-ação na Unidade A. Em razão dessa redução do tempo da pesquisa-ação, as ações e medidas propostas pela mesma para implantação, foram, em sua maioria, apenas programadas. Apenas poucas medidas (48%) acabaram sendo, plenamente, implantadas.

Além da limitação de tempo, houve, também, a limitação de recursos financeiros por parte da Unidade para com algumas ações da pesquisa-ação o que inviabilizou a aplicação destas. São exemplos: sinalização, por placas, dos setores mais procurados pelos usuários; compatibilização do número de profissionais de enfermagem e de farmácia com a demanda atendida; formação de uma Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos.

Apesar de tais limitações, foi possível criar, nos profissionais da Unidade A, uma mentalidade voltada para a adoção de uma gestão mais profissional sob a perspectiva da Gestão da Qualidade e sistematização das práticas de gestão em compatibilidade com os requisitos da ONA. Dessa forma, a pesquisa-ação teve como êxito principal o fato de lançar as bases necessárias para obtenção futura do certificado de Acreditação pela Unidade, na medida em que deixou encaminhada e programada as práticas que precisam ser implementadas por esta até a submissão ao processo de avaliação (auditoria) de Acreditação para obtenção do certificado. Alia-se a isso, o fato de a Unidade A ser uma instituição fundada recentemente (2007), o que facilita o processo de adequação da sistemática de gestão à da ONA.

Ao final da pesquisa, foi possível constatar que a temática abordada ainda encontra-se em um estágio incipiente de aplicação pelas Unidades de Serviços Médico-Hospitalares brasileiras. Faz-se necessário que os profissionais e a Alta Administração das mesmas compreendam melhor os conceitos e princípios de gestão envolvidos no processo nacional de Acreditação, bem como o significado real desta e a dimensão da sua importância que se estende não só dentro da própria instituição, mas também repercute positivamente para a melhoria no atendimento prestado aos usuários, para o bem-estar da comunidade e para o progresso e melhoria do serviço e do setor médico-hospitalar do Brasil.

A partir da pesquisa-ação, foi possível dar início ao processo de adequação da gestão da Unidade A aos requisitos de Acreditação da ONA. Foi possível, ainda, implementar iniciativas básicas de Gestão da Qualidade, tais como a documentação de procedimentos

operacionais, implantação de registros de não-conformidades e de dispositivos de gestão à vista (pulseiras, carimbos e placas de identificação dos usuários). A realização da pesquisa gerou aprendizagem, aos profissionais da Unidade A, sobre os conceitos envolvidos na Acreditação, seus requisitos, seu funcionamento e suas diretrizes.

Pesquisas futuras poderiam estender as análises e observações realizadas nesta dissertação a outros casos que atestem os benefícios e a repercussão causadas pela Acreditação à Unidades de Serviços Médico-Hospitalares certificadas, avaliando o impacto dessa certificação no Desempenho Médico-Hospitalar.

Esse aprofundamento poderia ser realizado por meio da condução de um *survey* em uma amostra de sessenta Unidades de Serviços Médico-Hospitalares públicas brasileiras, sendo trinta Unidades Acreditadas e outras trinta Unidades não Acreditadas. As sessenta Unidades pesquisadas teriam sua sistemática de gestão avaliada por meio de um roteiro de entrevista aplicado com os respectivos gestores hospitalares.

Esse roteiro seria composto por questões fechadas com respostas em escala *Likert*, variando, crescentemente, de 1 a 5. Cada questão avaliaria a percepção dos gestores entrevistados em relação ao desempenho atual das práticas de gestão e o impacto destas no Desempenho Hospitalar da Unidade, sendo 1 para “desempenho muito abaixo das expectativas” e 5 para “desempenho muito acima das expectativas”.

Dessa forma, a partir do tamanho da amostra (sessenta Unidades), seria possível utilizar técnicas estatísticas, como Análise de Correlação, Análise Fatorial, Análise de Cluster, para avaliar e fundamentar conclusões sobre o impacto da Acreditação no Desempenho Hospitalar e identificar as práticas e as variáveis que são críticas ao Desempenho de uma Unidade de Serviços Médico-Hospitalares, bem como as que diferenciam a gestão de uma Unidade Acreditada e de uma Unidade não Acreditada.

Quanto ao futuro da pesquisa-ação realizada na Unidade A, faz-se a recomendação de que tal pesquisa prossiga por intermédio de outros pesquisadores, vez que apenas 48% das ações previstas foram concretizadas. O prosseguimento da pesquisa-ação poderia ocorrer com base nas ações de médio e longo prazo já propostas por esta dissertação. Dessa forma, a continuidade da pesquisa-ação, por outro pesquisador, seria facilitada e poderia, além de, consolidar as ações já implantadas, manter a Unidade no rumo correto para uma futura obtenção do certificado de Acreditação.



## REFERÊNCIAS

- ANSUJ, A.P.; ZENCKNER, C.L.; GODOY, L.P. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, n. 25. **Anais...** Porto Alegre: 2005.
- ANTUNES, A.T. Um estudo da acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O.V. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. 212 p.
- ANTUNES, F.L. **Implantação de um processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA: Um estudo de caso em um hospital de grande porte**. 2009. 113 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- ANTUNES, F.L.; RIBEIRO, J.D. Acreditação Hospitalar: Um Estudo de Caso. **Revista Produção**, Florianópolis-SC, v. 5, n. 1, p. 1-27, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 9001:2008: Sistemas de gestão da qualidade – requisitos**. Rio de Janeiro, 2008. 21 p.
- BERGER, A. Continuous Improvement and kaizen: standardization and organizational designs. **Journal of Integrated Manufacturing Systems**, v. 8, n. 2, p. 110-117, 1997.
- BESSANT, J.; CAFFYN, S.; GALLAGHER, M. An evolutionary model of continuous improvement behavior. **Technovation**, v.21, p. 67-77, 2001.
- BHUIYAN, N.; BAGHEL, A. An overview of continuous improvement: from the past to the present. **Management Decision**, Montreal, v. 43, n. 5, p. 761-771, 2005.
- BITTAR, O.V. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo-SP: Sarvier, 1997.
- BITTAR, O.V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista de Assistência Médica Brasileira**, São Paulo-SP, v. 45, n. 4, p. 357-363, 1999.
- BOARIN PINTO, S.H.; ENGBRUCH, F.; OLIVEIRA, B.L.; COSTA, E.M.; JÚNIOR, J.C. Implementação de programas de qualidade: Um *survey* nos hospitais de grande porte do Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 30., 2010, São Carlos. **Anais...** São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2010. p. 1-14.
- BOLTON, R.D.; DREW, J.H. A multi-stage model of customers' assessment of service quality and value. **Journal of Consumer Research**, v. 17, n. 4, p. 375-384, 1991.
- BONATO, V.L. **Gestão em Saúde: Programas de Qualidade em Hospitais**. 1. ed. São Paulo-SP: Ícone, 2007. 119 p.
- BORBA, G.S.; KLIEMANN NETO, F.J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-60, mar. 2008.

BROWN, S.W.; SWARTZ, T.A. A Gap analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**, v. 53, n. 2, p. 92-98, 1989.

BRYMAN, A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? **Qualitative Research**, v. 6, n. 1, p. 97-113, 2006.

BURMESTER, H.; PEREIRA, J.C.; SCARPI, M.J.; Modelo de Gestão para organizações de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, Porto Alegre, v.9, n.37, p. 125-132, out/dez.2007.

CAFFYN, S. Development of a continuous improvement self- assessment tools. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 19, n. 11, p. 138-153, 1999.

CHOWDHARY, N.; PRAKASH, M. Prioritizing service quality dimensions. **Managing Service Quality**, Mizoram, v. 17, n. 5, p. 493-509, 2007.

COLOMBO, A.L.; JANINI, M.; SALOMÃO, R.; MEDEIROS, E.S.; WEY, S.B.; PIGNATARI, A.C. Surveillance programs for detection and characterization of emergent pathogens and antimicrobial resistance. Results from the Division of Infectious Diseases UNIFESP, **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 81, n. 3, p. 571-587, 2009.

COUGHLAN, P.; COUGHLAN, D. Action research for operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 220-240, 2002.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. Qualidade Total Aplicada a Hospitais. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. (Coord) **Hospital: Acreditação e Gestão em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 103-118.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. Avaliação das Metodologias Certificáveis de Garantia da Qualidade. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. (Coord) **Hospital: Acreditação e Gestão em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 301-313.

CRESWELL, J.W. **Research Design Qualitative & Quantitative approaches**. 2. ed. London: Sage Publications, 2003. 246 p.

CRONIN, J.; TAYLOR, S. Measuring service quality: A reexamination and extension. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 3, p. 55-68, 1992.

D'INNOCENZO, M.D.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan./fev. 2006.

DORNELLES, M. **Certificando a Empresa**. 2 ed. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 146 p.

EPLING, T.; JIMENEZ, L.; SIBAYAN, A.; BAILEY, L. Preparing for Joint Commission Unannounced Visit. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, New York, v. 23, n. 3, p. 10, jun. 2008.

FADEL, M.V.; FILHO, G.R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 43, n. 1, p. 7-22, jan./fev. 2009.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.F.; CUNHA, I.K. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FIGUERA, P. **Gestão da pequena empresa**. 1 ed. São Paulo: EPSE, 2003. 193 p.

FORTES, M.R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações**. 2007. 145 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FRANÇOIS, P.; POMEY, M.P. Implantation de La Gestion de La Qualité dans lês hopitaux français, jeux d'acteur et transformations induites. **Revue Epidemiologique Santé Publique**, Paris, n. 53, p. 4-11, 2005.

FREITAS, A.P.; COZENDEY, M.I. Um modelo SERVPERF para avaliação de serviços hospitalares. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 28., 2008, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: UENF, 2008. p. 1-13.

GOLDBERG, S. Aliança para reduzir o “apartheid” social. **Valor Setorial Saúde**, São Paulo-SP, p. 8-16, dez. 2009.

GONZALEZ, R.D.; MARTINS, M.F. Melhoria Contínua no ambiente ISO 9001:2000: estudo de caso em duas empresas do setor automobilístico. **Produção**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 592-603, set./dez. 2007.

GRONROOS, C.A. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.

HORTALE, V.A.; OBBADI, M.; RAMOS, C.L. A acreditação e sua implantação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 18, n. 6, p. 1789-1794, nov./dez. 2002.

IMAI, M. **Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success**. 1 ed. New York, NY: Random House, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística da Saúde: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2010**. Rio de Janeiro-RJ: 2010. 162 p.

JENSEN, J.K. Perioperative Implications of the Joint Commission's 2009 Accreditation Requirements. **AORN Journal**, v. 90, n. 3, p. 417-429, set. 2009.

JOINT COMMISSION. **2011 Standards for Behavioral Health Care**. Oakbrook Terrace: Department of Publications, 2011. 500 p.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards Guide**. 4 ed. Oakbrook Terrace: Department of Publications, 2011. 292 p.

JOINT COMMISSION. **About the Joint Commission**. 2011. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/about\\_us/about\\_the\\_joint\\_commission\\_main.aspx](http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx)>. Acesso em: 14 jan. 2011.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Custos da Acreditação**. 2011. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Cost-of-Accreditation/>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Joint Commission Internacional Accreditation**. 2011. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Accreditation-and-Certification-Process/>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Joint Commission Internacional (JCI): Organizações Acreditadas**. 2011. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>>. Acesso em: 13 jan. 2011.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Sobre a Joint Commission Internacional**. 2011. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/about-jci/>>. Acesso em: 13 jan. 2011.

JUERGENSEN, T. **Continuous Improvement: Mindsets, Capability, Process, Tools and Results**. 1. ed. Indianápolis: The Juergensen Consulting Group Inc, 2000.

JÚNIOR, G.G.; VIEIRA, M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002

KARAARSLAN, I. Joint Commission on International Accreditation workshop: Planning, development and provision of health services. **Clinical Biochemistry**, v. 42, n. 4, p. 284-287, mar. 2009.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J.R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C.A. A Gestão da Qualidade Hospitalar do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, Porto Alegre, v. 10, n. 40, p. 97-102, jul-set. 2008.

KLUCK, M.; PROMPT, C.A. O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O.V. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. 212 p.

LAGIOIA, U.T.; FILHO, J.R.; FALK, J.A.; LIBONATI, J.J. A gestão por processo gera melhoria da qualidade e redução de custos: O caso da unidade de ortopedia e traumatologia do hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 19, n. 48, p. 77-90, set./dez. 2008.

LORENZI, N.; PINSON, W.; STARMER, J.M. Integration Quality Management Efforts in a Complex Organization: A Panel Discussion. **Quality Management in Health Care**, Chicago, v.2, n.16, p.182-186, abr/jun.2007.

LUIS BORGES ASSESSORIA EM GESTÃO. **Acreditação hospitalar conforme os requisitos da ONA**. 2011. Disponível em: <<http://www.luisborges.com.br/ona.html>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul/ago. 2007.

MACINATI, M.S. The relationship between quality management systems organizational performance in the Italian National Health Service. **Health Policy**, n. 85, p. 228-241, 2008.

MARANHÃO, M. **ISO Série 9000: Manual de Implementação 2000**. 7 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001. 204 p.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo-SP: Atlas, 2007. 320 p.

MATHEIS, A. Em Busca de Saídas para a Revitalização do Setor. **Revista de Administração Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.41-43, set/dez.2006.

MEDEIROS, D.D. Diagnóstico e Análise de Sistemas da Qualidade: Um modelo para avaliação e preparação dos sistemas para a certificação ISO 9000. **Produção**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 49-63, 1999.

MEIRA, A. **Guia Digital ISO 9000**. 1 ed. Curitiba: Domo, 2004. 166 p.

MELLO, C.P. **ISO 9001:2008: Sistema de Gestão da Qualidade para Operações de Produção e Serviços**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 240 p.

MIGUEL, P.C.; SALOMI, G.E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**, São Paulo-SP, v. 14, n. 1, p. 12-30, 2004.

MILLER, R.L; SWENSSON, E.S. **Hospital and Health Care Facility Design**. 2. ed. New York, NY: WW Norton, 2002. 383 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Convênios vão aprimorar pesquisa e atenção básica**. Disponível em: <[http://sus20anos.saude.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=893:convenios-va0-aprimorar-pesquisa-e-atenc0o-basica-&catid=28:nacionais&Itemid=60](http://sus20anos.saude.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=893:convenios-va0-aprimorar-pesquisa-e-atenc0o-basica-&catid=28:nacionais&Itemid=60)>. Acesso em: 22 out. 2009.

MOFFETT, M.L.; MORGAN, R.O.; ASHTON, C.M. Strategic opportunities in the oversight of the U.S hospital accreditation system. **Health Policy**, n. 75, p. 109-115, dez. 2005.

MOURA, L.R. **Qualidade simplesmente total: uma abordagem simples e prática da gestão da qualidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003. 200 p.

NOGUEIRA, L.C. **Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde**. 3. ed. Belo Horizonte-MG: Livrocerto, 2008. 134 p.

NORMA ISO 9000:2008. **Gestão e Garantia da Qualidade: Vocabulário**. Genebra. International Standards Organization, 2008.

NORMA ISO 9004-1:2008. **Normas de gestão da qualidade e elementos do sistema da qualidade – Parte 1: Diretrizes**. Genebra: International Standards Organization, 2008.

NORMA ISO 9004-2:2008. **Normas de gestão da qualidade e elementos do sistema da qualidade – Parte 2: Diretrizes**. Genebra: International Standards Organization, 2008.

OAKLAND, J.S. **Oakland on Quality Management**. 3 ed. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann, 2004. 488 p.

OLIVEIRA, O.J.; PALMISANO, A.; MANAS, A.V.; MODIA, E.B.; MACHADO, M.C.; FABRÍCIO, M.M.; MARTINO, M.A.; NASCIMENTO, P.S.; PEREIRA, R.S.; SOUZA, R.; BARROCO, R.; CALIXTO, S.; SERRA, S.B.; MELHADO, S.B.; CARVALHO, V.R.; PEDREIRA, W.R. **Gestão da Qualidade: Tópicos Avançados**. 1 ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2004. 243 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: 6 ed., 2010. 203 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **NO 1/3.14: Documentos de Avaliação**. Brasília, 2010. 90 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **67% dos Estados possuem serviços Acreditados pelo SBA/ONA**. 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Noticia/83/67-dos-Estados-possuem-Servicos-Acreditados-pelo-SBA-ONA>>. Acesso em: 02 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Histórico**. 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Instituições Acreditadoras**. 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/28/Instituicoes-Acreditadoras>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **O que é Acreditação?**. 2010. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Diagnóstico Organizacional**. 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/33/Avaliacao-e-Certificacao>>. Acesso em: 06 jan. 2011.

OVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. Evaluation of Quality Improvement Programmes. **Quality Safety Care**, n.11, p.270-275, 2002.

PALADINI, E.P.; BOUER, G.; FERREIRA, J.A.; CARVALHO, M.M.; MIGUEL, P.C.; SAMOBYL, R.W.; ROTONDARO, R.G. **Gestão da Qualidade: Teoria e Casos**. 1. ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2006. 376 p.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. A conceptual modelo f services quality and its implication for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

PFEIFER, T. **Quality Management: Strategies, Methods, Techniques**. 1 ed. Cincinnati: HanserGardner Publications, 2002. 587 p.

PRICE, C. The Joint Commission Safety Goals: Applying Practice, Policy and Monitoring your Unit. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, New York, v. 24, n. 3, p. 4, jun. 2009.

QUINTO NETO, A. **Processo de Acreditação: A Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 136 p.

RD CONSULTORIA. **ONA: Diagnóstico Organizacional**. 2011. Disponível em: <<http://www.rdconsultoria.com.br/ona.asp>>. Acesso em 15 jan. 2001.

SALOMI, G.E.; MIGUEL, P.C.; ABACKERLI, A.J. SERVQUAL X SERVPERF: Comparação entre Instrumentos para Avaliação da Qualidade de Serviços Internos. **Gestão & Produção**, São Carlos-SP, v. 12, n. 2, p. 279-293, mai./ago. 2005.

SCHIESARI, L.C. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. 1999. 162 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SCHIESARI, L.C.; KISIL, M. Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 18, p. 7-17, jan./mar. 2003.

SHIBA, S.; GRAHAM, A.; WALDEN, D.; **TQM: Quatro Revoluções na Gestão da Qualidade**. 1. ed. São Paulo: Bookman, 1997, 380 p.

THIMMING, R.A. **Aplicação do modelo de sistemografia para a elaboração de um método de acreditação de instituição de saúde**. 2008. 221 p. Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) – Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia de pesquisa-ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007. 132 p.

TOLEDO, L.C. **Feitos para Curar: Arquitetura Hospitalar & Processo Projetual no Brasil**. 2002. 156 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Centro de Letras e Artes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

TOUATI, N.; POMEY, M.P. Accreditation at a Crossroads: Are we on the right track?. **Health Policy**, 2009.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na Assistência Hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 825-839, jul/ago. 2007.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002.

WALTER, M.T. Implantação da Norma ISO 9001:2000 na Biblioteca Ministro Victor Nunes Leal do Supremo Tribunal Federal. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 104-113, jan./abr. 2005.

WARDHANI, V.; UTARINI, A.; DIJK, J.P.; POST, D.; GROOTHOFF, J.W. Determinants of Quality Management Systems implementation in hospitals. **Health Policy**, n. 89, p. 239-251, 2009.

YIN, R.K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007. 212 p.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTAS – CASOS EXPLORATÓRIOS

### Caracterização do Hospital

1) Quanto ao número de leitos:

a) total? \_\_\_\_\_

b) destinados à UTI? \_\_\_\_\_

ADULTO: \_\_\_\_\_

PEDIÁTRICO: \_\_\_\_\_

c) conveniados? \_\_\_\_\_

2) Quais são os serviços oferecidos:

( ) Pronto-Socorro

( ) UTI

( ) Maternidade

( ) Laboratório

( ) Ambulatório

( ) Banco de Sangue

( ) Atendimento Odontológico

( ) Obstetrícia

( ) Consultórios

( ) Enfermaria

( ) Lavanderia

( ) Farmácia

( ) Centro Cirúrgico

( ) Diagnóstico

( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Quais são os serviços internos terceirizados:

- ( ) Limpeza
- ( ) Lavanderia
- ( ) Alimentação
- ( ) Serviços Laboratoriais
- ( ) Manutenção
- ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Planejamento da Qualidade**

- 1) Como são estabelecidas e quais são as metas da Qualidade da instituição?
  
- 2) Como e quais são os planos de ação estabelecidos para atingir tais metas?
  
- 3) Quais práticas são realizadas de forma preventiva, e em forma de planejamento, com finalidade de contribuir para reduzir a ocorrência de problemas de qualidade?
  
- 4) Quais as 3 principais dificuldades (da maior para a menor) para se realizar atividades de planejamento da qualidade na instituição ?

### **Controle da Qualidade**

- 1) Quais são as principais variáveis controladas para se obter o nível de qualidade necessário nos serviços que são prestados pelo hospital ?
  
- 2) Como elas são medidas e com que frequência ?
  
- 3) Como são analisadas e avaliadas ?
  
- 4) Quais são os padrões de referência utilizados para comparar os resultados destas medições?

5) Quais são os 3 principais indicadores de desempenho em Qualidade que são utilizados pelo hospital?

### **Melhoria da Qualidade**

1) Como o hospital identifica problemas da Qualidade?

2) O que é feito para corrigir esses problemas (imediatamente à sua ocorrência) ?

3) O que é feito para se evitar que um mesmo problema volte a ocorrer?

4) Quais são os principais problemas de Qualidade enfrentados por cada área (processo) do hospital ?

5) Quais são as principais dificuldades enfrentadas pelo hospital para manter e melhorar o nível de qualidade necessário aos serviços prestados?

### **Percepção sobre a Gestão da Qualidade**

1) O que o Sr. Pensa sobre o Sistema da Acreditação Hospitalar e da sistemática de auditoria e de certificação que tem sido difundida no país ?

2) É uma estrutura que tende a se consolidar e ser implantada e reconhecida no país? ou o Sr acredita que ficará mais na intenção de ministérios e outros órgãos governamentais envolvidos ?

3) O que o Sr. pensa sobre a adoção de Sistemas de Gestão da Qualidade em Hospitais?

4) Quais as pretensões/intenções do hospital em relação à Gestão da Qualidade?

## **APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTAS - UNIDADES COM ACREDITAÇÃO**

*Identificação:*

*Hospital:*

*Cidade:*

*Entrevistado:*

*Nível de Acreditação:*

*Leitos:*

*Porte:*

### **Fase de Pré-Implantação**

- 1) Há quantos anos o hospital é acreditado?
  
- 2) Houve auxílio de consultoria externa?
  
- 3) Quais setores do hospital participaram diretamente da fase de:
  - a) Planejamento do processo de implantação?
  
  - b) Implantação?
  
  - c) Monitoramento/Condução?
  
- 4) Quais práticas relativas à GQ a instituição já realizava antes do processo de implantação? Quais práticas precisaram ser implantadas (ex: gerenciamento de rotina, por diretrizes, QT, etc.)?
  
- 5) Principais dificuldades dessa fase. Quais as soluções encontradas? Sugestões para a fase.

## **Fase de Implantação**

- 1) Quais foram os dificultadores encontrados durante a implantação?
- 2) Quais foram os facilitadores do processo de implantação?
- 3) O que foi feito para motivar/sensibilizar os funcionários em relação ao cumprimento das práticas e procedimentos relativos à GQ?
- 4) Quais foram os principais focos de resistência? O que foi feito para superá-la?
- 5) Quais foram os temas abordados nos treinamentos? Quais os métodos utilizados (cartilha explicativa, gincanas, vídeos, depoimentos de profissionais de hospitais acreditados, etc.)
- 6) Qual a carga horária dos treinamentos?
- 7) Quais os recursos utilizados para conscientização dos funcionários (palestras, vídeos, seminários, jornais, murais)?
- 8) Como se dava a comunicação entre os funcionários?
- 9) Foram formados grupos/equipes de estudo/discussão? Quantos integrantes? Eram de que setores do hospital?
- 10) Qual foi a equipe de implantação? Como foi preparada?

- 11) O que foi feito para que todos os profissionais da instituição pudessem se sentir envolvidos com a GQ?
  
- 12) O que foi feito para que a Alta Administração evidenciasse seu engajamento para com o processo de implantação?
  
- 13) Como as atividades do processo de implantação da GQ eram comunicadas aos profissionais da instituição? Quais os meios de comunicação utilizados para informar a todos sobre as atividades implantadas/em implantação?
  
- 14) Sugestões nessa fase? O que é mais crítico?

### **Fase de Pós-Implantação**

- 1) Quais os benefícios já alcançados?
  
- 2) O que é feito para acompanhar/avaliar o desempenho do SGQ?
  
- 3) Qual a periodicidade das reuniões de análise crítica dos resultados? Quem participava delas?
  
- 4) Quais os principais indicadores de desempenho monitorados? Quais aqueles que melhor retratam os resultados da qualidade do serviço prestado? São feitas comparações:
  - a) com outros indicadores internos?
  
  - b) com os de outras instituições?

- c) com os recomendados pelas normas da área?
- 5) O que é realizado para manutenção do desempenho dos procedimentos e atividades do SGQ?
  - 6) São discutidos problemas e iniciativas de melhoria do SGQ? De que modo essa discussão ocorre?
  - 7) O planejamento e a implantação de Melhorias é realizado? De que forma são discutidas?
  - 8) Sugestões:

O que é mais crítico?

- 9) Faça uma avaliação geral do SGQ e de suas vantagens para a Uni



## **ANEXOS**

**ANEXO A: FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA ERROS DE MEDICAÇÃO**

*A Ficha de Notificação de Erros de Medicação deverá ser preenchida em caso de ocorrência de erros na administração medicamentosa.*

<b>Ficha de Notificação de Erros de Medicação</b>		<b>FNEM- n<sup>o</sup></b>																
<b>Nome do Paciente:</b> _____		<b>Idade:</b> _____																
<b>N<sup>o</sup> do Prontuário:</b> _____		<b>Data de internação:</b> _____																
<b>Erro de Medicação</b>																		
<b>Data do evento:</b> _____																		
<b>Descrição do Erro (o que ocorreu, seqüelas, tipo de profissionais envolvidos, serviços envolvidos):</b>   																		
<b>O erro afetou o paciente?</b> ( ) Sim ( ) Não																		
<b>Se sim, descreva os efeitos nocivos:</b>   																		
<b>Causas do erro:</b> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td>( ) Abreviações</td> <td>( ) Cálculo/preparação</td> </tr> <tr> <td>( ) Nomes similares</td> <td>( ) Prescrição</td> </tr> <tr> <td>( ) Falta de atenção</td> <td>( ) Equipamentos</td> </tr> <tr> <td>( ) Rotina de administração</td> <td>( ) Erro de horário</td> </tr> <tr> <td>( ) Erro de Dispensação</td> <td>( ) Administração de medicamento não autorizado</td> </tr> <tr> <td>( ) Identificação</td> <td>( ) Erro de Dosagem</td> </tr> <tr> <td>( ) Medicamento diferente do prescrito</td> <td>( ) Medicamento deteriorado</td> </tr> <tr> <td>( ) Erro de monitoração</td> <td>( ) Não adesão do paciente e de sua família</td> </tr> </table>			( ) Abreviações	( ) Cálculo/preparação	( ) Nomes similares	( ) Prescrição	( ) Falta de atenção	( ) Equipamentos	( ) Rotina de administração	( ) Erro de horário	( ) Erro de Dispensação	( ) Administração de medicamento não autorizado	( ) Identificação	( ) Erro de Dosagem	( ) Medicamento diferente do prescrito	( ) Medicamento deteriorado	( ) Erro de monitoração	( ) Não adesão do paciente e de sua família
( ) Abreviações	( ) Cálculo/preparação																	
( ) Nomes similares	( ) Prescrição																	
( ) Falta de atenção	( ) Equipamentos																	
( ) Rotina de administração	( ) Erro de horário																	
( ) Erro de Dispensação	( ) Administração de medicamento não autorizado																	
( ) Identificação	( ) Erro de Dosagem																	
( ) Medicamento diferente do prescrito	( ) Medicamento deteriorado																	
( ) Erro de monitoração	( ) Não adesão do paciente e de sua família																	
<b>Local do Erro:</b> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td>( ) Emergência Adulta</td> <td>( ) Emergência Pediátrica</td> <td>( ) Enfermaria Masculina</td> </tr> <tr> <td>( ) Enfermaria Feminina</td> <td>( ) Pediatria</td> <td>( ) Farmácia</td> </tr> </table>			( ) Emergência Adulta	( ) Emergência Pediátrica	( ) Enfermaria Masculina	( ) Enfermaria Feminina	( ) Pediatria	( ) Farmácia										
( ) Emergência Adulta	( ) Emergência Pediátrica	( ) Enfermaria Masculina																
( ) Enfermaria Feminina	( ) Pediatria	( ) Farmácia																
<b>Descrição do Medicamento:</b>																		
Nome Comercial/ Denominação Genérica	Dose Diária	Via de administração	Início do Uso	Fim do Uso	Motivo do Uso													
<b>Conduta</b>																		
<b>Quanto à evolução do paciente:</b> ( ) recuperado ( ) recuperado com seqüelas ( ) Em recuperação ( ) Óbito																		
<b>Emitente:</b> _____			<b>Data:</b> ____/____/____															
<b>Assinatura</b>																		

**ANEXO B: TABELA DE DILUIÇÃO E ESTABILIDADE DE ANTIMICROBIANOS E DOSAGEM DE ANTIBIÓTICOS**

**TABELA DE DOSAGEM DE ANTIBIÓTICOS PARA ADULTOS**

<b>Medicamento/ Apresentação</b>	<b>Nome comercial</b>	<b>Dosagem</b>
Aciclovir injetável 250 mg frasco-ampola	Zovirax	5 a 12,4 mg/kg cada 8 h
Aciclovir 200 mg comprimido	Zovirax	200 mg VO 5x/dia ou 400mg VO cada 8h
Ampicilina-Sulbactam (2,0g + 1,0g)	Unasyn	1 - 2 g + 0,5 - 1 g cada 6 h
Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de potássio 125 mg	Clavulin	500 mg VO cada 8 hs
Cefotaxima injetável IV 1g frasco-ampola	Claforan	1 a 2 g IV ou IM cada 6 ou 8 h
Ceftazidima injetável IV 1g frasco-ampola	Fortaz	1 a 2 g IV cada 8 h
Ceftriaxona injetável IV 1g	Rocefin	1 a 2 g IV ou IM cada 12 ou 24 h
Cefepima	Maxcef	1 a 2 g cada 8h ou 12h
Cefuroxima IV 750 mg	Zinacef	750 mg a 1,5 g cada 8 h
Ciprofloxacina 500 mg comprimido Ciprofloxacina injetável EV 200 mg frasco-ampola	Cipro	500 a 750 mg VO cada 12 h ou 200 a 600 mg IV cada 12 h
Clindamicina injetável 600 mg	Dalacin C	600 mg IV cada 6 h
Clindamicina 300 mg cápsula	Dalacin C	300 mg VO cada 6 h
Claritromicina injetável 500 mg	Klaricid	500 mg IV cada 12 h
Claritromicina 500 mg comprimido e 250 mg/5 ml suspensão oral	Klaricid	500 mg a 1 g VO cada 12 h 7,5 mg/kg cada 12 h
Fluconazol 2 mg/ml frasco 100 ml	Zoltec	200 a 400 mg cada 12 ou 24 h
Fluconazol 100 mg cápsula	Zoltec	100 a 400 mg cada 12 ou 24 h
Levofloxacina injetável 500 mg	Levaquin	500 mg IV cada 12 h
Levofloxacina 500 mg comprimido	Levaquin	500 mg VO cada 12 h
Meropenem 500 mg ou 1,0g injetável	Meronem	0,5 a 2,0g IV cada 8 hs
Moxifloxacino 400 mg injetável ou comprimido	Avalox	400 mg IV cada 24 h
Teicoplanina injetável 200 mg	Targocid	200 mg – 400 mg IV ou IM 12/12 hs - 3 primeiros dias. Manter 200 mg –400 mg IM ou IV cada 24 hs.
Vancomicina 500 mg frasco-ampola	Vancocina	500 mg IV cada 6 h ou 1,0 g IV cada 12 h

**TABELA DE DOSAGEM DE ANTIBIÓTICOS PARA CRIANÇAS**

<b>Medicamento/ Apresentação</b>	<b>Nome comercial</b>	<b>Dosagem</b>
Aciclovir injetável 250 mg frasco-ampola	Zovirax	10 mg/kg/dose cada 8 h
Aciclovir 200 mg comprimido	Zovirax	20 mg/kg/dose VO cada 6 h
Ampicilina-Sulbactam (2,0g + 1,0g)	Unasyn	100-200mg/kg/dia (ampi) cada 6 h
Amoxicilina 250 mg + Clavulanato de potássio 125 mg (oral)	Clavulin	30-50mg/kg/dia de amoxicilina divididos a cada 8 horas
Cefotaxima injetável 1g frasco-ampola	Claforan	100-200mg/kg/dia cada 8 h IV/IM
Ceftazidima injetável 1g frasco-ampola	Fortaz	100-150mg/kg/dia cada 8 h
Ceftriaxona injetável 1g	Rocefin	50-100mg/kg/d IV/IM 12/12 ou 24 h
Cefepima	Maxcef	50 mg/kg/dose a cada 8 h
Cefuroxima IV 750 mg	Zinacef	50-100 mg/kg/dia cada 8 h
Clindamicina IV 600 mg	Dalacin C	20-30 mg/kg/dia IV cada 6 h
Clindamicina 300 mg cápsula	Dalacin C	20-30 mg/kg/dia IV cada 6 h
Claritromicina IV 500 mg	Klaricid	7,5 mg/kg/dose cada 12 h
Claritromicina 500 mg comprimido e 250 mg/5 ml suspensão oral	Klaricid	7,5 mg/kg/dose cada 12 h
Fluconazol 2 mg/ml frasco 100 ml	Zoltec	3 - 6 mg/kg/dia cada 12 ou 24 h
Fluconazol 100 mg/cápsula	Zoltec	3 - 6 mg/kg/dia cada 12 ou 24 h
Meropenem 500 mg ou 1,0g injetável	Meronem	60-120mg/kg/dia a cada 8h
Teicoplanina injetável 200 mg	Targocid	5-10 mg/kg/dia cada 24 h IV/IM
Vancomicina 500 mg frasco- ampola	Vancocina	40-60 mg/kg/dia IV cada 6 h

**ANEXO C: REGISTRO DE AVALIAÇÃO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)**

*Todos os pacientes são avaliados para risco de Úlcera por Pressão (UPP) pelo enfermeiro a partir da admissão até o momento da alta.*

Registro de Avaliação para Risco de Úlcera por Pressão (UPP)		RAUPP – n <sup>o</sup>							
<b>Nome do Paciente:</b>		<b>Idade:</b>							
<b>N<sup>o</sup> do Prontuário:</b>		<b>Leito:</b>							
<b>Data de internação:</b>									
<b>Fatores de Risco para Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão (UPP)</b>	<b>Escore do Peso</b>	<b>1<sup>o</sup> dia</b>	<b>2<sup>o</sup> Dia</b>	<b>3<sup>o</sup> dia</b>	<b>4<sup>o</sup> dia</b>	<b>5<sup>o</sup> dia</b>	<b>6<sup>o</sup> dia</b>	<b>7<sup>o</sup> dia</b>	
<b>Percepção Sensorial:</b> Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto	4								
<b>Umidade:</b> Grau ao qual a pele está exposta à umidade.	4								
<b>Atividade Física:</b> Grau de atividade física.	4								
<b>Mobilidade:</b> Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	4								
<b>Nutrição:</b> Padrão usual de ingestão alimentar	4								
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	4								
<b>Total</b>	24								
<b>Escore de Risco de UPP: 1<sup>o</sup> dia: _____ Grau : ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto</b>									
<b>2<sup>o</sup> dia: _____ Grau: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto</b>									
<b>3<sup>o</sup> dia: _____ Grau: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto</b>									
<b>4<sup>o</sup> dia: _____ Grau: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto</b>									
<b>5<sup>o</sup> dia: _____ Grau: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto</b>									
<b>6<sup>o</sup> dia: _____ Grau: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto</b>									
<b>7<sup>o</sup> dia: _____ Grau: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto</b>									

*Legenda: Risco Alto 0-12 Risco Moderado 13-14 Baixo Risco 15-16 Sem Risco 17-24*

**Responsável pela Avaliação:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura**

<b>Ações Preventivas Imediatas</b>	
<b>Paciente de Baixo Risco</b>	<b>Paciente de Médio ou Alto Risco</b>
1) Realizar a avaliação de risco de UPP semanalmente.	1) Realizar a avaliação de risco de UPP diariamente.
2) Orientar o paciente e/ou familiares quanto importância de sua colaboração/participação na prevenção de UPP.	2) Orientar o paciente e/ou familiares quanto importância de sua participação na prevenção de UPP.
3) Inspeccionar a pele do paciente 1 vez ao dia, conforme Protocolo de Prevenção	3) Inspeccionar a pele do paciente de 2 a 3 vezes ao dia, conforme Protocolo de Prevenção de UPP
4) Identificar medidas preventivas individualizadas aplicáveis ao paciente	4) Identificar medidas preventivas individualizadas aplicáveis ao paciente.
	5) Identificar paciente com pulseira de alerta de cor vermelha.
	6) Identificar o leito do paciente com a inscrição: "Paciente em risco de UPP seguir Protocolo de Prevenção".
	7) Identificar o prontuário com carimbo de alerta para risco de UPP.
	8) Notificar paciente à nutricionista para medidas nutricionais específicas
	9) Aplicar Protocolo de Prevenção de UPP.

		Registro de Avaliação para Risco de Úlcera por Pressão (UPP)				2ª Parte		
Nome do Paciente:		Idade:				Leito:		
Nº do Prontuário:		Data de Internação:						
Medida Preventiva		1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
Realizar mudança de decúbito 2/2hs								
Manter cabeceira elevada em até 30º								
Manter lençóis de cama secos, sem vincos, sem pregas e sem restos alimentares								
Instalar colchão redutor de pressão (piramidal)								
Não massagear áreas com hiperemia								
Colocar travesseiro/almofada redutora de pressão (piramidal ou gel)								
Sentar em poltrona, reposicionando a cada 1 hora								
Usar forro móvel para mover paciente acamado durante transferência ou mudança de decúbito								
Estimular deambulação								
Realizar exercícios ativos e/ou passivos no paciente								
Realizar massagem de conforto com creme hidratante.								
Realizar higiene íntima somente com água e sabão neutro								
Aplicar protetor cutâneo								
Observar aceitação e tolerância a dieta								
Manter paciente em decúbito lateral inclinado 30º em relação à cama								
Manter protetores entre as proeminências ósseas em contato								
Manter calcâneos livres de atritos								
Mobilizar paciente no leito sem arrastar								
Observar integridade cutâneo mucosa								
Proteger proeminências ósseas com hidrocolóide transparente ou filme transparente								
1º Dia/Semana	_____							
	Assinatura (Profissional)							
2º Dia/Semana	_____							
	Assinatura (Profissional)							
3º Dia/Semana	_____							
	Assinatura (Profissional)							
4º Dia/Semana	_____							
	Assinatura (Profissional)							
5º Dia/Semana	_____							
	Assinatura (Profissional)							
6º Dia/Semana	_____							
	Assinatura (Profissional)							
7º Dia/Semana	_____							
	Assinatura (Profissional)							



## Orientação para Prevenção de Queda



## Todos juntos na prevenção de queda

Queda em pacientes hospitalizados é um evento indesejável que pode causar desconforto ao paciente e acompanhante e, em casos que ocorra algum tipo de lesão, pode aumentar o tempo de internação e prejudicar a saúde do paciente. O Hospital dispõe de uma equipe multiprofissional para identificar riscos de queda e implementar medidas de prevenção.

### O que é queda?

Para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) a queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil

### O que pode causar a queda do paciente?

- Urgências urinárias e intestinais
- Fraqueza muscular
- Uso de determinados medicamentos
- Tontura
- Confusão Mental
- Dificuldade visual
- Dificuldade de marcha
- Condições ambientais

**E na criança...** Brincadeiras sem vigilância dos responsáveis e correr pelos corredores.

### O que o paciente e o acompanhante pode fazer para prevenir uma queda?

- Paciente/ Acompanhante: seguir as recomendações da equipe de enfermagem sobre as medidas de prevenção de queda, como: utilizar calçado com solado antiderrapante, evitar o uso de vestuário longo, manter a luz noturna acesa, manter a cama baixa e as grades elevadas.
- Acompanhante: não deixar o paciente sozinho, comunicar a enfermagem ao se ausentar do quarto, solicitar auxílio da equipe para mobilização do paciente no leito e/ou locomoção do paciente, estar atento às brincadeiras da criança e à utilização dos brinquedos com segurança.

### Qual o papel da enfermagem na prevenção de queda do paciente hospitalizado?

- Avaliar e monitorar diariamente todos os pacientes (crianças e adultos) para identificar o risco de queda desde a admissão até o momento da Alta.
- Implementar as medidas preventivas de forma individualizada.
- Prover a orientação do paciente e acompanhante sobre as medidas preventivas.

### Na ocasião da queda, como proceder?

- Mesmo com a observação de todos os cuidados a queda pode ocorrer, neste caso comunicar imediatamente a equipe de enfermagem para que o paciente seja avaliado.